

**ひとり親家庭等医療費 同居者届出書**

○ 同一住所地に居住しているかたおよび住民票が当該住所地上にあるかた全員について氏名，続柄，生年月日を記入してください。（同一地番の枝番，同一住所地の世帯分離も含みます。）

	氏名	続柄	生年月日	世帯番号	備考
同居者	申請者および対象児童については、記入不要です。				
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		

・ 集合住宅等で同一住所地に住居が多数ある場合は，同一部屋番号の同居者について記入してください。  
 ・ これらの人のうち扶養義務者については，ひとり親家庭等医療費助成上，原則，生計同一として所得審査し，一番所得の高い方の所得が所得制限限度額を超える場合，医療費助成が支給停止になります。  
 ・ 生計別の申立をするかたについては，生計を別にして扶養義務者の氏名等を記入したうえで，「生計別の申立書」「間取り図」それぞれの世帯の「光熱水費の領収証」等をご提出ください。  
 ※扶養義務者の範囲…民法第887条第1項（直系血族及び兄弟姉妹は，互いに扶養する義務がある）に定める扶養義務者〔配偶者・父母・祖父母・曾祖父母・子・孫・曾孫・兄弟姉妹〕

申請者住所	坂出市
同居者について上記のとおり届出します。	
令和 年 月 日	
氏 名 _____ 印 _____	

世帯No. \_\_\_\_\_