

1 ひとり親家庭になった理由

(該当項目の左枠に ○ を記入し、離婚・死亡年月日等を記入してください)

	離婚 (離婚年月日 : S・H・R 年 月 日)
	死別 (配偶者の死亡年月日 : S・H・R 年 月 日)
	未婚 ※婚姻予定(事実婚含む)がない場合
	その他 (理由 :)

2 事実婚の有無 ([はい]・[いいえ] の該当する方に ○ を記入してください)

はい いいえ	① 現在、本人・監護している子ども・親族の他に、同居している方はいますか。 ※ [いいえ] の場合のみ、②を回答してください。
はい いいえ	② 生計を同一としている方(親族除く)はいますか(定期的な生活費の援助を含む)。 ※ [はい] の場合、生活費の援助を受けている方は、具体的な内容(金額等)をご記入ください。 (内容)

※ 監 護 … 監督し保護すること。(主として精神面から児童の生活について種々配慮し、物質面から日常生活において児童の衣食住などの面倒を見ていること。親権の有無は問わず、同居を要件としない。)

別居の場合、定期的な訪問、仕送り等があれば別居監護しているものとする。

※ 事実婚 … 社会通念上夫婦としての共同生活が認められる事実関係が存在すること。同居が確認できれば事実婚とする。別居においても、頻繁に定期的訪問があり、生計の補助を受けている場合、事実婚成立とする。

3 誓約事項 (以下の誓約事項を確認の上、署名等をしてください)

2-①・② のいずれも [いいえ] と回答した方

上記のとおり、相違ありません。

今後、ひとり親家庭の条件を満たさなくなった場合は、資格喪失に同意し、すみやかに医療福祉費受給者証を返還します。

また、資格喪失後に、医療福祉費受給者証を使用した場合、医療費の返還に応じます。

2-①・② のいずれかに [はい] と回答した方

上記のとおり、事実婚が成立しているため、医療福祉費受給者証の返還に同意します。

また、資格喪失後に医療福祉費受給者証を使用した場合、医療費の返還に応じます。

令和	年	月	日
住 所			
氏 名			
生年月日	S・H	年	月 日
電話番号			

事務処理欄

区分 - 受給者番号