

年 月 日

寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書

市川町長 様

(申請者) 住所 _____
氏名 _____ (印) (自署又は記名押印)

私は、福祉医療費助成事業の認定に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

※ 下記枠線内については、
ア 受給者
イ 受給者の保護者
ウ ア又はイの方の所得の算定対象者
のうち、寡婦（夫）控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

私は、所得を計算する対象となる年（前年（申請日が1月から6月までの間にある場合は、前々年））の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます（該当番号を○で囲んで下さい）。

- 1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないもののうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
- 2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
- 3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないもののうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

私は、寡婦（夫）控除等のみなし適用に関して、市川町が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

年 月 日 氏名 _____ (印) (自署又は記名押印)

【添付資料】

- ・寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・上記の「子」の所得証明書（総所得金額等が分かるもの）

※所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求められることがあります。

【注意事項（必ずお読みください。）】

- ・字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
- ・みなし適用を実施しても、結果として一部負担金額等が変わらない場合があります。
- ・記載内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された助成金額の一部又は全額の返還を求められる場合があります。