

福祉医療費受給者証交付申請書（ひとり親家庭等）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市
 申請者 氏 名
 電 話
 対象者との続柄 本人 ・ ()

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号									
親・子の別		親		子					
対 象 者	ふりがな								
	氏 名								
	生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)				
	個人番号								
	同居別居の別	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居	
	別 居 地								
	別居の理由								
父 母 の 状 況	氏 名	父： □ 親と同じ		母： □ 親と同じ					
	状 況	生存・死亡 年 月 日		生存・死亡 年 月 日					
ひとり親家庭等 となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄 両親の死亡、両親の行方不明 拘禁、配偶者の障害、その他		発 生 年 月 日		年 月 日			
医 療 保 険	被 保 険 者	□ 親本人 □ 親以外 <small>親本人の場合、氏名等は記入不要</small>		氏名： 対象者との続柄： 個人番号：					
	記 号 番 号			保 険 者 名 称		所 在 地			
※ 確 認 書 類		□ 所得課税情報 (年度) □ 戸籍謄本 (市内・市外) □ 医療保険情報 □ 個人番号カード □ 対象者の住民票(市外居住者のみ) □ その他 ()							

※ 決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 却下理由： 所得超過 ・ その他 ()					
	資格認定日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	証交付日	年 月 日
	資格取得理由	転入・離婚・出生・生保廃止・ひとり親該当 ()				
	区 分	親初・親課 (未就学・小学生・中学生・高校生等・その他)				受 付 印
	所得確認 (月 日)	係	係 長	課 長 補 佐	課 長	

(注) ※欄は記入しないでください。