

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申込書

ひとり親家庭等
医療受給者証

記入例

令和 〇 年 〇 月 〇 日

係長様

申込者 住 所 千歳市東雲町2丁目34番地
(世帯主) 氏 名 千 歳 花 子

電話番号 0123 - 24 - 0289

対象者との続柄(本人)・父・母・祖父母・

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申し込みます。

なお、医療費の助成に必要な範囲において世帯の所得及び課税状況の公簿による確認を承諾します。

※受給者個人番号		— —		— —		— —		— —			
※受給者番号											
申 込 内 容	申 込 要 件	親・子の別		親		子					
		ふりがな		ちとせ はなこ		ちとせ ももこ		ちとせ こたろう			
		対 象 者		千歳 花子		千歳 桃子		千歳 小太郎			
		生 年 月 日		H 2 年 2 月 2 日 (29 歳)		H25 年 3 月 3 日 (6 歳)		H26 年 4 月 4 日 (5 歳)			
		申請者との続柄		本人		子・孫・		子・孫・			
		性 別		男・女		男・女		男・女			
		同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居			
		別居理由									
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	父母の状況	氏 名		父		母				
			状 況		生 存 年 月 日		生 存 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・拘禁・配偶者の障害・ 両親の死亡・両親の行方不明・未婚の母・事実婚解消				発 生 年 月 日		令和 〇 年 〇 月 〇 日			
医療保険		種 別		協・組・日・船・共・国・組国		記 号 番 号		335566-725		附 給 加 付 有・無	
		被 保 険 者 (世帯主)		千歳 花子		被 保 険 者 証 発行機関		(名称) 全国健康保険協会北海道支部 (番号) 01010016			
添 付 書 類		・ / 課税台帳確認・課税証明・戸籍謄本・在学証明書・学生証・申立書・児扶手認定書・									
※ 決 定 欄	医療費の助成に必要な範囲において 世帯の所得及び 課税状況		所 得 金 額				課 税 状 況		課 税 ・ 非 課 税		
			円								
	課 長		係 長		係		決 定 年 月 日		令和 年 月 日		
	1 上記申込内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を交付する。 年 月 日からひとり親家庭等該当とする。(親初・親課)(新規・延長)(証交付・証郵送)										
2 次の理由により上記申込みを不承諾とする。 転入(年 月 日) 理由:											

注 ※欄は、記入しないでください。

◎児扶手 該当・非該当(理由:遺族年金・所得超過・)