

親

ひとり親家庭等医療費助成制度医療証交付申請書

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに登録されます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|-------------|----------------|---------------|-------------------------|------|----------------|--|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 現住所 | | | | | | | | | | 電話番号 | - - | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 前年1月1日時点の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務先名 | | | | | | | | | | | 電話番号 | - - | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活保護の受給状況 | 受給(申請中) 非受給 | | 児童扶養手当の受給状況 | | 受給(申請中) 非受給 | | 児童育成手当の受給状況 | | 受給(申請中) 非受給 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当事由 | ア 離婚 イ 死亡 ウ 障害 エ 生死不明 オ 遺棄 カ 保護命令 キ 拘禁 ク 未婚の女子の子 ケ クかどうか不明 コ 父母死亡 サ その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | 有・無 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度の給付要件の該当性を審査するため、必要な情報を課税台帳により確認することに同意します。 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者及び助成対象児童 | 氏名 | 生年月日 | | 続柄 | 性別 | 同居・別居の別 | 監護又は養育を始めた年月日 | 障害者・乳幼児・義務教育就学児医療費助成の有無 | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請者本人 | | | | | | | | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | 男・女 | 同居・別居 | 年 月 日 | | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | 男・女 | 同居・別居 | 年 月 日 | | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | 男・女 | 同居・別居 | 年 月 日 | | 対象区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 氏名 | 生年月日 | | 種別及び等級 | | 手帳等の番号 | | 障害名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 昭和 平成 | 年 月 日 | 身障手帳 愛の手帳 級度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | 氏名 | 生年月日 | | 続柄 | 前年1月1日時点の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 給付要件の該当性を審査するため、必要な情報を課税台帳により確認することに同意します。 | | | | 明・大 昭・平 | 年 月 日 | | 市内・市外 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | 保険の種類 | 1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | 申請者との続柄 | 本人・本人外 | 付加給付 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証 記号・番号 | 記号 | | | | | 保 險 者 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 番号 | | | | | | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険取得日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ひとり親家庭等医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 この申請に関し必要な情報を住民基本台帳、課税台帳等の公簿等により確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 氏名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先) 昭島市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 電算 / 課税・非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注) 太枠の中を記入してください。記名押印に代えて署名することができます。