

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

岩見沢市長 様

母または父の名前を記入してください。

R6 年 12 月 2 日

申請者	住所	岩見沢市 幌向南1条1丁目1-1	電話	(080) 1234 -5678
	フリガナ	キタムラ サワコ	続柄	本人・養育者 その他()
	氏名	北村 沢子		
	生年月日	昭和 平成 63 年 4 月 4 日		

ひとり親家庭等医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

対象者の状況	氏名	生年月日	母・父・養育者との同居・別居	受給者番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ←申請者と受給者が同じ人なら、チェックをつけて、記載省略可			
	母・父又は養育者	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	
	子1	フリガナ キタムラ イワオ 北村 岩男	平成・令和 15年 5 月 5 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 別居地: 札幌市 理由: 進学のため
	子2	フリガナ キタムラ クリミ 北村 栗美	平成・令和 20年 6 月 6 日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:
維持者計	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ←申請者と生計維持者が同じ人なら、チェックをつけて、記載省略可			
	氏名	住所		
	子から見た父親及び母親の名前を記入してください。			
父母の状況	父	栗沢 北雄	生存・死亡・行方不明	ひとり親家庭等となった理由が発生した日を記入してください。はっきり覚えていなければいつごろか記入してください。
	母	北村 沢子	生存・死亡・行方不明	
ひとり親家庭等となった理由	死別・離別・行方不明・遺棄・配偶者の障害 未婚・その他()		発生年月日	令和 3 年 4 月 5 日
医療保険	・社 保	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等(別添写しのとおり) <input type="checkbox"/> マイナポータルの保険情報(別紙確認書のとおり)		
	・国 保	[岩見沢 _____ 年 _____ 月 _____ 日から]		
同意書				
この申請及び今後の更新に関して、主たる生計維持者の所得状況市町村民税の課税状況について、岩見沢市が調査することに同意し				申請者の名前を記入してください。
申請者				北村 沢子

認定事由	新規・転入・年齢拡大(親子・子)その他()					備考
課税区分	世帯	親	子1	子2	子3	
	課・初	課・初	課・初	課・初	課・初	
受給期間	年 月 日から 年 月 日まで					
所得状況	扶養人数	人	所得金額	円		受付
交付年月日	年 月 日					窓口・郵送
証	システム	住基	税	課長	係長	係