

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

年 月 日

申請者	住所	岩見沢市		電話	() -
	フリガナ			続柄	本人・養育者 その他()
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年 月 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	
	母・父 又は 養育者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
		フリガナ	昭和・平成	年 月 日		
	子1	フリガナ	平成・令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:	
		フリガナ	平成・令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:	
フリガナ		平成・令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:		
子3	フリガナ	平成・令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:		
維持者計	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	氏名		住所			
	生年月日	S・H 年 月 日	続柄			
父母の状況	父		生存・死亡・行方不明 (年 月 日)			
	母		生存・死亡・行方不明 (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・配偶者の障害・両親の死亡・両親の行方不明 未婚・その他() 発生年月日 年 月 日					
医療保険	<input 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、並びに対象者及びその属する世帯の世帯員全員の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いたします。						
申請者 _____						

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