

ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

一関市長 様

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

また、市長が一関市ひとり親家庭等医療費給付規則に関する事務処理のために限って父母等及び扶養義務者の地方税関係情報を取得することに同意します。（個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。）

申請事由		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 転入（転入日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
受給者	父母等（申請者）	(ふりがな) 氏名	個人番号		生年月日		年 月 日	
		住所	TEL (- -)					
		転入	本年1月1日 時点の住所地	昨年1月1日 時点の住所地				
		該当要件	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 父母なし <input type="checkbox"/> その他（ ）					
		確認書類	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本					
	児童	(ふりがな) 氏名	個人番号		生年月日		年 月 日	
		住所	<input type="checkbox"/> 父母等と同居 ※別居の場合は住所を記載					
		(ふりがな) 氏名	個人番号		生年月日		年 月 日	
		住所	<input type="checkbox"/> 父母等と同居 ※別居の場合は住所を記載					
		(ふりがな) 氏名	個人番号		生年月日		年 月 日	
住所		<input type="checkbox"/> 父母等と同居 ※別居の場合は住所を記載						
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり（保険証の写しを添付の場合、この項目の記入は不要）							
	親子で違う保険証を使用している場合は、備考欄に記載							
	被保険者氏名	記号番号		保険者番号			資格取得年月日	年 月 日
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・労働金庫			本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座	
	口座番号	(カタカナ) 口座名義人						

※扶養義務者・・・民法第 877 条に定める直系（6 親等内）の血族及び兄弟姉妹（特別の事情がある場合は 3 親等内の姻族を含む）						
□扶養義務者なし						
扶養義務者	氏名 (ふりがな)	個人番号				
		生年月日	年	月	日	
	住所	□申請者と同じ			受給者との続柄	
	転入又は市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地		
	氏名 (ふりがな)	個人番号				
		生年月日	年	月	日	
	住所	□申請者と同じ			受給者との続柄	
	転入又は市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地		
	氏名 (ふりがな)	個人番号				
		生年月日	年	月	日	
	住所	□申請者と同じ			受給者との続柄	
	転入又は市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地		
氏名 (ふりがな)	個人番号					
	生年月日	年	月	日		
住所	□申請者と同じ			受給者との続柄		
転入又は市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地			
備考欄						