

様式第1号 (第2条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費受給者証 交付更新申請書 年 月 日 三島市長 あて 申請者 住所 氏名 電話番号 次のとおりひとり親家庭等医療費の給付を受けたいので受給者証の交付更新を申請します。							
医療の給付を受ける者	氏名	個人番号	性別	住所	生年月日	続柄	
			男・女				
			男・女				
			男・女				
			男・女				
加入医療保険	名称						
	記号番号	記号	番号		第 号		
	保険者名 (事業主名)						
	所在地					付加給付の有無	
	加入者名					有 ・ 無	
支払希望 金融機関	名称	口座名義	口座種別		口座番号		
			普通・当座		第 号		
所得税の有無	有・無	公簿等による確認	住民台帳	課税台帳			
			㊟	㊟	㊟	㊟	
給付	受給資格	受給者証					
年 月 日	有・無	記号		番号	第 号	発行	年 月 日
母子家庭・父子家庭 父母のない児童	ア 死別 イ 離婚 ウ 生死不明 エ 遺棄 オ 海外にいる カ 拘禁 キ 精神又は身体の障害 ク 未婚の母						

(裏)

ひとり親家庭等医療費受給者証申請者調査票

	氏 名	住 所
申請者の実父		
申請者の実母		
配偶者の実父 (元配偶者の実父)		
配偶者の実母 (元配偶者の実母)		
医療費の給付を受ける者以外の同居者		
氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号

ひとり親家庭等医療費助成に係る事務のため、申請者及び医療費の給付を受ける者以外の同居者の所得状況、家庭状況、児童扶養手当受給状況、個人番号、及び他制度による医療費助成状況について、市が公簿等により確認することに同意します。

年 月 日

氏名

マイナンバーにかかる本人確認済