

ひとり親家庭医療費受給資格登録申請書

年 月 日

会津若松市長 あて

住 所 会津若松市

申請者 氏 名

電話番号 ()

ひとり親家庭医療費受給資格の登録について、次のとおり申請します。

また、受給資格を有する期間における申請事項の確認、助成決定及び更新については、私の世帯の住民基本台帳、児童扶養手当受給資格者台帳、市民税の賦課に関する事項及び保険者への照会により行うことに同意します。

受給者番号	※1月1日時点の住所とは、1～10月の提出は前年、11～12月の提出は本年です。					
区分	(フリガナ) 氏 名	同意者 押印欄	続柄	生 年 月 日	同居・別居の別	職業又は学校名
申請者	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
児童及び 同一生計 の親族	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
	個人番号:	※1月1日時点の住所:				
受給区分	1 児童扶養手当(第 号) 2 遺族年金 3 障がい等 4 父子家庭					
受給理由	1死亡 2離婚 3生死不明 4遺棄 5障がい 6拘禁 7未婚の親 8父母のない児童 9その他					
加入 健康保険	(フリガナ) 被保険者氏名			記号 番号		
	保険者名			保険者番号		
	資格取得年月日 年 月 日			勤務先		
	附加給付 あり ・ なし					
振込先 金融機関	金融機関名		支店名等		口座番号	
	名義人(カタカナ)		口座の種類 普通 ・ 当座			

養育費	親	円	※8割相当額	円
	児童	円		
	計	円		

※の欄は、記入する必要がありません。記名押印に代えて、署名することができます。

※審査 結果	所得額	限度額	1 本人 2 扶養義務者	受給資格	有 ・ 無
-----------	-----	-----	--------------	------	-------