

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  
申請者 氏名 印  
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等により行うことに同意します。

受給者番号						
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				. .		
児童及び 同一生計 の親族				. .	同居・別居	
				. .	同居・別居	
				. .	同居・別居	
				. .	同居・別居	
				. .	同居・別居	
				. .	同居・別居	
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		
	名義人			口座の種類 普通・当座		
	口座番号					

養育費	親 児童 計	円 円 円	8割相当額	円
-----	--------------	-------------	-------	---

備考 の欄は、記入する必要がありません。

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
------	-----	-----	--------------	------	-----