

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

受給者の認定及び受給者証の交付を申請します。

なお、資格要件の確認及び助成額の決定に関し必要がある場合には、対象者、世帯の生計を主として維持する者(生計維持者)及び世帯員の所得・課税状況及び住民登録情報、児童扶養手当現況届(養育費等に関する申告書)、医療保険の資格情報、給付内容等について恵庭市が調査することに同意します。

## <ひとり親家庭等の親>

氏名		生年月日	同居・別居	個人番号	
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地： 理由：	この手続では個人番号の記入は不要です	
住所 (建物名等)				市処理欄	受給者番号 課・初

## <お子さんの状況>

1	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地： 理由：	この手続では個人番号の記入は不要です	
2	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地： 理由：	この手続では個人番号の記入は不要です	
3	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地： 理由：	この手続では個人番号の記入は不要です	
ひとり親家庭等となった理由		死別・離婚・未婚・配偶者の障害・両親の死亡 その他( ) 発生前年月日( 年 月 日)			
生計維持者 ※本人以外の場合			※続柄		

## <申請者> (受給者本人等)

恵庭市長 様		(申請日)	年 月 日
フリガナ	生年月日	年 月 日	
氏名	署名	個人番号	この手続では個人番号の記入は不要です
		電話番号	- -
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給対象者と同じ(記入不要)		続柄 ひとり親家庭等の親から見て 本人 その他( )

## 恵庭市使用欄

本人確認	代理権確認手段	事由
①番・免・パ・手帳 他( ) ②証・年金・資書・ 介・社員・学生 他( ) ③ヒア	<input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険情報 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他( ) 認定年月日 年 月 日から 年7月31日まで 年3月31日まで 20歳到達月の末日( 年 月 日まで)
世帯	受給者証	決 定
<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 親初 <input type="checkbox"/> 親課	1 適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により受給者証は交付しない。 <input type="checkbox"/> 所得制限該当のため <input type="checkbox"/> その他( ) 決定年月日 年 月 日
備 考		決 裁 欄
窓口交付 ( / ) 郵送 ( / )		課長 主査 担当