

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市

氏名

対象者との続柄 本人・その他()

電話番号

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)等について恵庭市が調査することに同意します。

※受給者番号	課・初	課・初	課・初	課・初
親・子の別	親	子		
フリガナ				
対象者				
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	平成・令和 年 月 日生 (歳)	平成・令和 年 月 日生 (歳)	平成・令和 年 月 日生 (歳)
同居・別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居
別居地				
別居の理由				
主たる生計維持者 ※本人以外の場合	対象者との続柄()		世帯主 ※本人以外の場合	対象者との続柄()
ひとり親家庭等となった理由	1. 死別 2. 離別 3. 両親が死亡 4. 配偶者が重度障害 5. その他 () 発生年月日 S・H・R 年 月 日			
医療 保険	被保険者 (世帯主)	対象者との続柄()	(保険者番号) 保険者名	()
	取得年月日	S・H・R 年 月 日	記号・番号	

※所得状況	扶養人数	人 (うち老人 人)	所得額	円	住民税
	控除額	円	所得控除後の額	円	課税・非課税
	<input type="checkbox"/> 所得制限超過		所得制限額	円	

※ 決 定 欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を交付する。				
	2. 次の理由により上記申請を却下する。理由()				
	資格取得年月日	令和 年 月 日から	令和 年7月31日まで	令和 年3月31日まで	20歳到達月の末日(令和 年 月 日)まで
	取得事由	新規・転入・生保廃止・更新・その他 ()			
課 長	主 査	担 当	入 力	決定年月日	令和 年 月 日
				備考	

注 ※欄は記入しないでください。