

## 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。

親・子の別	親		子	
区 受 給 者 番 号	課・初	課・初	課・初	課・初
フリガナ				
対象者				
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
同居・別居	/	同居・別居	同居・別居	同居・別居
別居地				
別居の理由				
生計維持者 ※本人以外の場合			※続柄	
保険者の名称 (保険者番号)	( )	( ) <input type="checkbox"/> 親に同じ	( ) <input type="checkbox"/> 親に同じ	( ) <input type="checkbox"/> 親に同じ
医療保険日 認定年月日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 本人に同じ	<input type="checkbox"/> 親に同じ	<input type="checkbox"/> 親に同じ	<input type="checkbox"/> 親に同じ
ひとり親家庭等 該当理由	1 死別 2 離別 3 両親の死亡 4 未婚 5 配偶者が重度障害 6 その他( ) 発生日 平成・令和 年 月 日			

※所得状況

所得控除後の額	円	住民税	課税・非課税
所得限度額	円	<input type="checkbox"/> 所得制限超過	

※ 決 定 欄	1 申請内容が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、受給者証は交付しない。 所得超過 ・ その他( )					
	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				
	資格取得事由	1 新規 2 転入 3 生保廃止 4 更新 5 その他( )				
	備考					
	課長	主査	担当	入力	決定年月日	証交付
				令和 年 月 日	窓口交付( / ) 郵送 ( / )	

注 ※欄は記入しないでください。