

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

恵庭市長様

記入日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

記入者の情報

申請者

住所

恵庭市 京町1番地

氏名

恵庭 岳男

日中に連絡のとりやすい
番号を記入してください

対象者との続柄

本人 ・ その他()

電話番号

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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)、医療保険の資格等について調査することに同意します。

申請される方(親と子)のお名前・生年月日・医療保険情報等を記入してください

親・子の別	親	子		
区受給者番号	課・初	課・初	課・初	課・初
フリガナ	エニワ ハナエ	エニワ タロウ	エニワ スズ	
対象者	恵庭 花絵	恵庭 太郎	恵庭 鈴	
生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	平成・令和 〇 年 〇 月 〇 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)	えにわ健康保険組合 (〇 1 2 3 4 5 6 7)	()	()	()
医療保険日	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	☒ 本人に同じ	☒ 親に同じ	☒ 親に同じ	☐ 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 ()			
	平成・令和 年 月 日			

当てはまるところに
〇をつけてください

離別の場合は離婚日

※所得状況

所得限度額	円	住民税	課税・非課税
		☐ 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	1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()	1日 まで			
	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。