

母子家庭等医療費受給者証（交付・更新）申請書

				(母子・父子・遺児)		受給者番号															
		氏 名（ふりがな）・生年月日				続柄		住 所・個人番号													
①受給者 (対象者)	母・父等						淡路市														
		年 月 日生					個人番号														
	児童						□母・父等と同じ														
		年 月 日生					個人番号														
							□母・父等と同じ														
		年 月 日生					個人番号														
							□母・父等と同じ														
		年 月 日生					個人番号														
						□母・父等と同じ															
	年 月 日生					個人番号															
年 1 月 1 日時点の住民登録地														都 道 府 県				市 区 町 村			
②扶養義務者 (同居親族)							□母・父等と同じ														
		年 月 日生					個人番号														
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名						受給者との続柄			住 所		□母・父等と同じ									
	加入医療保険者名称		(保険者番号)					被 保 険 者 記号・番号		—											
申請理由	1 死 別 2 離 婚 3 生死不明						養育費を受けている金額を記入してください。														
	4 遺 棄 5 心身障害 6 拘 禁						子の氏名						養育費の額								
	7 未 婚 8 その他 ()												年額 円								
	申請理由が3～8までの方は、民生委員の証明が必要な場合があります。												年額 円								
	認定申請理由発生年月日 年 月 日												年額 円								
	認定年月日 年 月 日												年額 円								
※ 他制度（児童扶養手当）での申告額と相違ないように、正確にご記入をお願いします。																					
※ 2人以上の養育費を1人の父又は母から受けている場合は、養育費欄に合計額のご記入をお願いします。																					
※ 養育費を2人以上の父又は母から受けている場合は、その父又は母ごとに金額のご記入をお願いします。																					
上記のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。																					
なお、受給者証交付に係る資格認定については、受給者及び扶養義務者等の税情報による所得情報の調査（個人番号制度による情報連携によるものを含む。）及び住民基本台帳による調査を承諾します。																					
当該福祉医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。																					
令和 年 月 日																					
淡路市長 様																					
申請者 住所 淡路市																					
氏名																					
(電話)																					

※所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、
①及び②欄は本人が自署してください。

審 査	認定・却下
-----	-------

記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

様式第2号(第3条関係)

母子家庭等医療費受給者証(交付・更新)申請書

(その2)

氏名(ふりがな)・生年月日		続柄	住所・個人番号	
①受給者(対象者)	母・父等	母	淡路市 生穂新島〇〇	
	氏名		個人番号	
	〇年 〇月 〇日生		☒ 母・父等と同じ	
	子の氏名	子	個人番号	
児童	〇年 〇月 〇日生		☐ 母・父等と同じ	
	年 月 日生		個人番号	
	年 月 日生		☐ 母・父等と同じ	
	年 月 日生		個人番号	
年 月 日生			☐ 母・父等と同じ	
年 月 日生			個人番号	
年 月 日生			☐ 母・父等と同じ	
年 月 日生			個人番号	
年 月 1日時点の住民登録地		都道府県 市区町村		
②扶養義務者(同居親族)	扶養義務者の氏名 (扶養義務者がいる場合は記入) 〇年 〇月 〇日生	祖父	☒ 母・父等と同じ	
加入医療保険	被保険者の氏名	受給者との続柄	本人	住所
加入医療保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部 (保険者番号 12345678)		被保険者 記号・番号	12345 - 12345
申請理由	1 死別 2 離婚 3 生死不明	養育費を受けている金額を記入してください。		
	4 遺棄 5 心身障害 6 拘禁	子の氏名	養育費の額	
	7 未婚 8 その他()	〇〇〇 〇〇〇	年額	〇〇〇〇〇〇円
	申請理由が3~8までの方は、民生委員の証明が必要な場合があります。		年額	円
認定申請理由発生日	年 月 日		年額	円
認定年月日	年 月 日		年額	円

①受給者の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

②扶養義務者がいる場合は、扶養義務者(祖父母等)の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

申請日・申請者の住所・氏名・日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

※ 他制度(児童扶養手当)での申告額と相違しないように、正確にご記入をお願いします。

※ 2人以上の養育費を1人の父又は母から受けている場合は、養育費欄に合計額のご記入をお願いします。

※ 養育費と児童扶養手当は併せて受ける場合は、その支払は母に記入をお願いします。

上記のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

なお、受給者証交付に係る資格認定については、受給者及び扶養義務者等の税情報による所得情報の調査(制度による情報連携によるものを含む。)及び住民基本台帳による調査を承諾します。

当該福祉医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。

令和 〇年 〇月 〇日

淡路市長 様

申請者 住所 淡路市生穂新島〇〇番地

氏名 申請者の氏名

(電話 090-0000-0000)

日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください

※ 住所・電話番号の調査に際して、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①及び②欄は本人が自署してください。

審査

認定・却下