

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

令和 年度

助 成 対 象 児 童 者	フリガナ 氏名	※受給者番号						個人番号									
		現住所						加入医療保険									
	父母等申請者																
	(男・女)	生駒市						資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることを確認を受けた方は不要です。)									
	年月日生	続柄(父・母・)															
	(男・女)	□ 同上						資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることを確認を受けた方は不要です。)									
	年月日生																
	(男・女)	□ 同上						資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることを確認を受けた方は不要です。)									
年月日生																	
(男・女)	□ 同上						資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることを確認を受けた方は不要です。)										
年月日生																	

申請理由
該当する番号を○で囲んでください。

(1については()内の記号)

1 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの
(ア 死亡 イ 離婚 ウ 生死不明 エ 遺棄
オ 海外渡航中 カ 障害 キ 拘禁 ク 未婚)

2 配偶者のない女子又は男子に扶養されている対象児童

3 父母のない児童

4 3の児童を扶養している配偶者のない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子

5 その他()

(交付発生日) 年 月 日

以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ) ☐ はい ☐ いいえ(下の欄に口座をご記入ください。)

振込指定金融機関	銀行	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	信用金庫		1 普通	フリガナ							
	信用組合		2 当座	名義							
	農協		3 貯蓄								

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格証の交付を申請するとともに、以下のことに同意します。

- ・市長が所得の状況、保険資格情報その他ひとり親家庭等医療費助成制度の資格審査のために必要な事項について公募等により確認すること。
- ・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

電話

生駒市長 殿

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

市役所処理欄					
所得区分	世帯	資格審査	入力	確認	発行
超過 制限内	有 無	認定 却下	／	／	／
本人個人番号の確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.その他()				
本人又は代理人の身元(実存)の確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.免許証 4.その他()				
代理人申請(届出)の場合は代理権の確認	1.戸籍謄本 2.委任状 3.その他()				

申請する方全員の資格確認書
その他被保険者等であることを
確認できる書類(写)貼付位置

受給資格の認定申請に係る所得要件判断及び医療費給付申請に係る所得確認のため、申請者と生計を同じくする配偶者また、下記の対象者以外に扶養義務者があり、資格の判定に関わる場合は医療費の返金をする事に同意します。

	申請者と生計を同じくする配偶者及び扶養義務者の氏名	申請者との関係	住所 と 個人番号
1		本人	
2	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日 男・女		(住所) 〒
3	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日 男・女		(住所) 〒
4	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日 男・女		(住所) 〒