記入例

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

助成対象者	フリガナ 氏名	※受給者番号 現住所	個人番号 加入医療保険
父母等申請者	（男・女） 年　月　日生	生駒市 続柄（父・母	健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。
対象児童	（男・女） 年　月　日生	□　同上	健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。
対象児童	（男・女） 年　月　日生		健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。
対象児童	（男・女） 年　月　日生	□　同上	健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。

対象の方の個人番号（マイナンバー）を記入してください。郵送の場合は、個人番号カード等のコピーが必要です。

養育者および高校生までの児童の情報を記入してください。

申請理由
該当する番号を〇で囲んでください。
（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　2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
（　　）

医療費助成の自動償還口座をご記入ください。

発生年月日）　　年　　月　　日

以前登録した口座と同じでよい（更新）　□　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		種目	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄	フリガナ 名義

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します。
なお、以後市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写しの提供を受けることに同意します。

記入を忘れずにお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

生駒市長　殿

申請者　住所
氏名
電話

（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（　　）

郵送の場合、対象の方全員の保険証のコピーを同封してください。

申請する方全員の
健康保険証(写)貼付位置

申請者と扶養義務者をご記入ください。
扶養義務者は、個人番号等のコピーが必要

課税資料閲覧　同意欄

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
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ことに同意します。

	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) 男・女 大正・昭和・平成　年　月　日		(住所)　〒
3	(フリガナ) 男・女 大正・昭和・平成　年　月　日		(住所)　〒
4	(フリガナ) 男・女 大正・昭和・平成　年　月　日		(住所)　〒

こちらも記入をお願いいたします。

元パートナーからの養育費や生活費もご記入ください

あ　り(月　　円位)　　な　し

署名が無い場合、その方の所得課税証明書を添付する必要があります。