

ひとり親家庭等医療費 受給者証 交付申請書

＜ひとり親家庭等の母または父＞

氏名		生年月日	申請者との同居・別居	個人番号									
フリガナ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:										
				市処理欄					課・初				

＜お子さんの状況＞

1	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:										
2	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:										
3	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地: 理由:										
ひとり親家庭等となった理由		死別・離婚・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害・両親の死亡・両親の行方不明 その他()											
発生年月日			父の氏名				母の氏名						
年 月 日													

＜申請者＞ (ひとり親家庭等の母または父、保護者)

北見市長 様		(申請日)		年 月 日										
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。														
フリガナ				生年月日	年 月 日									
氏名	署名			個人番号										
				電話番号	- -									
住所	(建物名等)			続柄	ひとり親家庭等の母または父から見て									

北見市使用欄

本人確認		添付書類		事由		
①番・免・パ・手帳 他()		<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 調書		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 親・子の継続 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他()		
②証・年金・児童 パス・社員・学生 他()		<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書等 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> その他()		認定年月日 年 月 日		
代理人確認手段 受給者証・保険証・委任状 障害者手帳・他()				決定		
見扶手	税情報	世帯	満了日	1 適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により申請を却下する。		
有・無	有・無	課税 非課税	/ /	<input type="checkbox"/> 所得制限該当のため <input type="checkbox"/> その他()		
備考				決定年月日 年 月 日		
窓口交付()				第4類		
				課長	係長	係

