



福祉医療費受給者証交付(更新)申請書(ひとり親家庭等) 申請年月日 年 月 日

※太枠内は記入しないでください。

受給資格者番号												
資格期間	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	
最終期	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
フリガナ												
氏名												
続柄	性別	申請者 (父、母又は養育者)										
生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
勤務先又は学校名(在学年)			(年)		(年)		(年)		(年)			
医療保険の加入状況	現在の加入状況					変更等がある場合						
	記号番号											
	フリガナ											
	被保険者氏名											
	保険者名											
	保険者所在地											
	保険者番号											
認定日	年 月 日					年 月 日						
被保険者の住所、氏名、生年月日及び続柄	住所 氏名 生年月日 続柄					(被保険者の世帯が別の場合のみ記入)						
ひとり親家庭となった理由	1 離婚 2 死亡 3 遺児 4 準母子 5 生死不明 6 障害 7 拘禁 8 遺棄 9 その他 (理由発生前年月日)					年 月 日						
公的年金等受給状況	1 児童扶養手当 2 遺族年金 3 障害年金 4 受給せず(証明書必要) 5 その他					証書番号						
<p>上記のとおり、岐阜市福祉医療費助成制度(ひとり親家庭等)による受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格の認定及び更新に当たり、受給資格者、その配偶者及び扶養義務者の税務資料及び児童扶養手当に関する資料(現況届、養育費に関する申告書等)の閲覧について承諾します。 また、岐阜市福祉医療費助成制度(ひとり親家庭等)の受給資格者であることに関する情報を加入する医療保険の保険者に提供することに同意します。 高額療養費及び高額介護合算療養費の請求及び受領について、世帯主又は被保険者は、岐阜市長に委任します。</p> <p>(あて先) 岐阜市長 申請者 住所 岐阜市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(電話 - -)</p> <p style="text-align: center;">世帯主 又は 被保険者 氏 名</p>												
(事務処理欄) マ、運、パ、手、その他 ()												
受給資格者・配偶者・扶養義務者												
所得合計額	円			円			円			円		
控除額	円			円			円			円		
控除後判定額(扶養人数)	円(人)			円(人)			円(人)			円(人)		