

記入見本



●太枠内に記入してください。

ご記入下さい。

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

受給資格者番号											
資格期間	受給される方の氏名、生年月日等をご記入下さい。										
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				
勤務先又は学校名(在学年)			(年)		(年)		(年)				

※太枠内は記入しないでください。

医療保険の加入状況	記号番号										
	フリガナ	続					続				
	被保険者氏名	ご加入されている健康保険証の写しを添付して下さい。									
	保険者名										
	保険者所在地										
	保険者番号										

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 9 その他				
公的年金等受給状況	1 児童扶養 4 受給せず				

受給される方の健康保険証の被保険者が、受給される方と別世帯である場合はご記入下さい。

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) 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。

申請者の方(受給されるひとり親家庭の父または母等)の住所、氏名等をご記入下さい。	申請者	住所	岐阜市		
		氏名			
		(電話	-	-)
	世帯主又は被保険者	氏名			

(事務処理欄)	
受給資格者・配偶者・扶養義務者	
所得合計額	
控除額	
控除後判定額(扶養人数)	(人)

受給される方の健康保険証の被保険者(社保の場合)または世帯主(国保の場合)等の氏名をご記入下さい。申請者と同じでもご記入下さい。