

記入見本



●太枠内に記入、押印してください。

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	現在の加入状況						変更等がある場合								
	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														
認定日	年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日					

被保険者の住所、氏名及び生年月日	住所 氏名 生年月日	(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 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)	証書番号									

医療保険の被保険者が、受給される方と別世帯である場合はご記入下さい。

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、世帯主及び被保険者は、岐阜市長

ご申請される方の住所、氏名等をご記入のうえ、押印をお願いいたします。

申請者 住 所 岐阜市 _____

氏 名 _____ (印)

世帯主 氏 名 _____ (印)

(電話 _____)

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

申請者と世帯主が同じ場合でも、ご記入のうえ、押印をお願いいたします。