



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				
勤務先又は学 校名(在学年)				(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						続 柄						続 柄	
	被保険 者氏名						続 柄						続 柄	
	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 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、世帯主及び被保険者は、岐阜市長 に委任します。 (あて先) 岐阜市長 申請者 住 所 岐阜市 氏 名 ⑩ 世帯主 氏 名 ⑩ (電話 - -)</p>														
(事務処理欄)														
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)				