

第2号様式(第3条、第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証〔交付・更新〕申請書

年 月 日

日進市長 宛て

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の〔交付・更新〕を申請します。

申請に当たり、この申請書、課税台帳、養育費にかかる申告書及び戸籍に記載された個人情報収集及び利用(※)に同意します。また、高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報収集、利用及び提供(※)に同意します。なお、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、日進市が受給権を取得することに同意します。

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話() _____

区 分	母 ・ 父	児 童		
受給者番号				
個人番号				
(フリガナ)				
氏 名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
申請者との 続 柄				
職 業 学 校 名				
住 所				
加入医療 保 険	被 保 険 者 名		記 号 番 号	
	保 険 者		保 険 者 番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		
ひとり親家庭等となった理由	1 死亡 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 精神身体の障害 7 拘禁 8 未婚の母、 父 9 父母のない児童 10 その他()			
(理由が「1」、「6」以外の場合) 養育費として受け取った額	(年分) 円 受取人 母又は父 ・ 児童			

※ 当該個人情報が、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第9条第2項及び日進市行政手続における個人番号の利用に関する条例(平成27年日進市条例第20号)第4条第1項の規定に基づき利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。