

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 あて

下記のとおり、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。

申請にあたり、日進市個人情報保護条例第10条第2項の規定に基づき、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の収集に同意します。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の収集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				
(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			