

記入例

青森市ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

(太線の中だけ記入してください)

受給資格申請者	住所	青森市中央1丁目22番5号				
	氏名	青森 太郎	連絡先電話番号	017-734-1111 090-0000-0000		
給付対象者	氏名	生年月日	続柄	同居別居	ひとり親家庭等発生理由	※他法審査欄 年月日 乳幼児 重度
	養育者	青森 太郎	昭和 〇〇年〇月〇日	本人	同居別居 離婚・死別・未婚 その他 ()	〇〇年〇月〇日
		青森 花子	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居 離婚・死別・未婚 その他 ()	
		青森 二郎	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居 離婚・死別・未婚 その他 ()	
			年 月 日		同居別居 離婚・死別・未婚 その他 ()	
			年 月 日		同居別居 離婚・死別・未婚 その他 ()	
加入医療保険	加入医療保険	保険の種類	記号番号	父母の障害状況 身体障害者手帳等番号		
		被保険者又は組合員の氏名		級		
		事業所名	支店番号もご記入ください。	口座名義人(カタカナ)もご記入ください。	傷病名等	
		取得年月日				
医療費振込金融機関名	青い森 銀行			青い森 本店 001 支店	口座番号 普通 1234567 アオモリ タロウ	
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格証の交付(更新)を申請します。						
<p>なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて (同意します) 同意しません。</p> <p>また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年8月1日の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証の交付について (希望します) 希望しません。</p>						
青森市長様				〇〇年 〇〇月 〇〇日		
				申請者の氏名をご記入ください。青森 太郎		
処理	受給資格証番号	認定年月日	給付開始年月日			
	却年月日	(理由)				
備考						

受付	確認	備考