



医療証番号

ひとり親家庭等医療証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)名古屋市長

対象者住所名古屋市区 _____
棟 号 方

(フリガナ)

氏名 _____

(生年月日 年 月 日生)

(電話 - -)

次のとおり申請します。なお、医療費の助成について必要な場合は、毎年名古屋市内において市民税に関する課税資料（必要に応じ世帯分を含む。）並びに児童扶養手当及びひとり親家庭手当に関する資料を確認されることに同意します。

対象	フリガナ		対象者との続柄	生年月日	別居している者の住所	医療証番号
	氏名	名				
象						
児						
童						

ひとり親家庭等
なった理由

-
- 1 死亡(父母)
-
-
- 2 心身の障害(父母)
-
-
- 3 生死不明(父母)
-
-
- 4 遺棄(父母)

-
- 5 拘禁(父母)
-
-
- 6 海外在住(父母)
-
-
- 7 離婚(父母)
-
-
- 8 未婚養子縁組による母子又は父子
-
- (事由発生年月日 年 月 日)

母又は父の
前年の所得

-
- 有(概算 円)
-
-
- 無

職業

健康保険の加入状況	記号番号			
	被保険者 組合員 世帯主	フリガナ		
		氏名	(生年月日 年 月 日生)	
		住所	(☎ - -)	
発行機関 都道府県 健康保険 組合等	保険者 番号	母又は父の 一部負担割合		
	名称	割		
備考				

申請理由

-
- 新規
-
- 他の市町村からの転入
-
- 所得更正
-
- 医療保険の資格を取得
-
-
- 子ども医療からの移行
-
- 生活保護廃止
-
- 施設退所
-
- その他 ()

0 1 2 3 4 5 6 7 8

 児 祖 伯 祖 伯
 母 母 姉 叔 父 兄 叔
 童 母 母 母 父 父

ひとり親家庭手当番号

手当の種類

 国 県 市

決裁

課長

係長

係員

資格審査

-
- 認定
-
-
- 却下

受 理

取 得

交 付

受付

入力