

ひとり親家庭等医療証交付申請書の記載例

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 名古屋市千種区〇〇町3丁目974番地
〇〇マンション1棟201号 方
(フリガナ) ナゴヤ イチタロウ
氏名 名古屋市太郎
(生年月日 S63年3月9日生)
(電話 052-〇〇〇-〇〇〇〇)

次のとおり申請します。なお、医療費助成について必要な場合は、毎年名古屋市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	フリガナ氏名	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
児	ナゴヤ イチタロウ 名古屋市 市次郎	子	平成20年8月12日		
	ナゴヤ イチコ 名古屋市 市子	子	平成23年8月25日		
童					

ひとり親家庭等となった理由

<input type="checkbox"/> 1 死亡(父母) <input type="checkbox"/> 2 心身の障害(父母) <input type="checkbox"/> 3 生死不明(父母) <input type="checkbox"/> 4 遺棄(父母)	<input type="checkbox"/> 5 拘禁(父母) <input type="checkbox"/> 6 海外在住(父母) <input checked="" type="checkbox"/> 7 離婚(父母) <input type="checkbox"/> 8 未婚 養子縁組による母子又は父子 (事由発生年月日 平成29年11月15日)
---	--

母又は父の前年の所得

<input checked="" type="checkbox"/> 有(概算1,800,000円) <input type="checkbox"/> 無	職業	会社員
---	----	-----

健康保険の加入状況

記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
被保険者組合員世帯主	フリガナ氏名	ナゴヤ イチタロウ 名古屋市 市太郎 (生年月日 S63年3月9日)	児童との続柄 父
	住所	名古屋市千種区〇〇町3丁目974番地 〇〇マンション1棟201号 (☎ 052-〇〇〇-〇〇〇〇)	
発行機関 (健康保険組合等)	保険者番号	01230010	母又は父の一部負担割合 3割
	名称	全国健康保険協会愛知支部	

備考

ひとり親家庭等医療費助成の対象となる本人(母、父等)の住所、氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

母、父等が現に扶養しているお子さんの生年月日等をご記入ください。

ひとり親家庭等となった理由をチェックし、その事由に該当した年月日をご記入ください。

ひとり親家庭等医療の対象となる本人(母、父等)の前年(1月から7月までの間は前々年)の所得、職業をご記入ください。1月1日(1月から7月までの間は前年の1月1日)時点で名古屋市に住所を有していない方は、申請の際に、前年(1月から7月までの間は前々年)の「所得金額」及び「所得控除額」が分かる所得証明書が必要です。

加入している健康保険証をご確認のうえ、ご記入ください。なお、申請の際には、加入している健康保険証をご持参ください。

点線部以下は記入しないでください。

申請理由

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
児	祖	伯	祖	伯	祖	伯	祖	伯
母	母	母	父	父	父	父	父	父
童	母	母	母	母	母	母	母	母

ひとり親家庭手当番号	手当の種類
	<input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市

決裁		
課長	係長	係員

資格審査	<input type="checkbox"/> 認定	受理				
	<input type="checkbox"/> 却下	取得				
	[]	交付				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">受付</td> <td style="width: 50%;">入力</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	受付	入力		
受付	入力					