

ひとり親家庭等医療証交付申請書

(宛先)名古屋市長

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、毎年名古屋市において市民税に関する課税資料(必要に応じて世帯分を含む。)、健康保険情報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。

申請日		年 月 日		医療証番号															
対象者	住所	名古屋市 区																	
	フリガナ																		
	氏名	(年 月 日生)		個人番号				電話番号											
対象児童	氏名	対象者との続柄	記号番号(枝番)	医療証番号															
				個人番号															
	(年 月 日生)																		
	(年 月 日生)																		
ひとり親家庭等 となった理由		事由発生年月日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 死亡(父 母)		<input type="checkbox"/> 4 遺 棄(父 母)		<input type="checkbox"/> 7 離 婚(父 母)		<input type="checkbox"/> 2 心身の障害(父 母)		<input type="checkbox"/> 5 拘 禁(父 母)		<input type="checkbox"/> 8 未婚・養子縁組による母子又は父子		<input type="checkbox"/> 3 生死不明(父 母)		<input type="checkbox"/> 6 海外在住(父 母)	
母又は父の 前年の所得		<input type="checkbox"/> 有 (概算 円) <input type="checkbox"/> 無																	
健康保険の加入状況	被保険者 氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ (年 月 日生) 児童との続柄()																	
	被保険者 住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ (電話)																	
	記号番号	記号	番号	枝番															
	保険者番号	保険者名称		母又は父の 一部負担割合		割													
備考																			
申請理由		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 子ども医療からの移行		<input type="checkbox"/> 他市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止		<input type="checkbox"/> 所得更正 <input type="checkbox"/> 施設退所		<input type="checkbox"/> 医療保険の資格を取得 <input type="checkbox"/> その他()											
0 児 童	1 母	2 祖 母	3 姉	4 伯 叔 母	5 父	6 祖 父	7 兄	8 伯 叔 父	ひとり親家庭手当番号				手当の種類						
												□国 □県 □市							
								<input type="checkbox"/> 認定				受理 . .							
								<input type="checkbox"/> 却下				取得 . .							
								資格審査 ()				交付 . .							
												受付		入力					
決裁																			
課長	課長補佐	担当者																	