



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。

対象者	フリガナ	対象者との続柄	生年月日	記号番号	枝番	医療証番号
	氏名					
児童						

ひとり親家庭等となった理由

-
- 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		(枝番)	
	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 }	保険番号	母又は父の一部負担割合	割	
	名称			

備考

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
児童	母	祖母	姉	伯母	叔母	祖父	伯父	叔父

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
	<input type="checkbox"/> 却下
	[]

受理	
取得	
交付	
受付	入力