

ひとり親家庭医療費受給資格登録申請書

受給資格者証番号		交付年月日		令和 年 月 日		受付場所		受給区分		証書番号		
申請者	住所	郡山市				電話 ()				第 号 1 児童扶養手当 2 公的年金 () 3 その他 ()		
	氏名					個人番号						
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		性別	1 男 2 女		市民税課税状況				1 課税 2 非課税
家族調書 (世帯分離者を含む。)	氏名	続柄	親子の別	性別	生年月日		※資格取得年月日		勤務先又は学校名・学年		※助成対象	ひとり親家庭 となった原因
	1		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	1 離婚 2 死亡 3 障害
	個人番号											
	2		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	4 生死不明 5 遺棄 6 拘禁
	個人番号											
	3		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	7 未婚の親 8 保護命令
	個人番号											
4		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	9 その他	
個人番号											所得金額	
5		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	養育費	
個人番号											合計	
6		1 親子	1 男子 2 女子	大正昭和平成令和 年 月 日		平成令和 年 月 日				1 内外 2 外	扶養人数	
個人番号											人	
加入保険	被保険者氏名				市民税課税状況		1 課税 2 非課税		※補助対象			1 内 2 外
	加入保険の種別	1 2 3 4 5 6 7	記号番号						金融機関名		支店名	
		国協組船国共その他	保険者番号				振込希望金融機関					
保会合員組済		保険者名						口座番号				
<p>上記のとおり、ひとり親家庭医療費受給資格の登録を申請します。</p> <p>なお、受給資格の認定等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">郡山市長</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p>												

備考 ※印の欄については、記入しないでください

