

第1号様式（第6条関係）

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

また、当該医療費の助成に必要な範囲において、次のことに同意します。

- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者の所得及び住民税の課税状況について調査すること。
- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者が加入している医療保険の資格情報、給付内容等について調査すること。
- ・江別市長が私の医療費助成の資格情報、給付内容等について保険者及び医療機関等に情報提供すること。

受給者番号						
申請内容	対象者の状況	親・子の別	親	子		
		フリガナ				
		対象者				
		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
		個人番号				
	申請者との続柄					
	同居・別居	同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
		別居地				
		別居の理由				
	生計維持者	フリガナ			住所	
氏名						
生年月日		年 月 日				
受給資格要件の状況	父母の状況	氏名	父		母	
		状況	生存	年 月 日	生存	年 月 日
	ひとり親家庭等となった理由	死亡・離婚・行方不明・遺棄・拘禁・障害・父母の死亡・未婚の母・その他 ()			発 生 年 月 日	
					年 月 日	
	医療保険	保険者名		記号		番号
保険者番号			被保険者		付加給付	有 ・ 無
添付書類		<input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 ()				

認定事由	認定年月日
	年 月 日
備 考	