



ひとり親家庭等医療費受給資格（更新）認定申請書

受付担当者

太枠の中を記入してください。（※欄は記入しないでください。）

福山市長様 次のおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格の認定を申請します。
なお、所得等審査項目に係る調査及び更新時の所得調査にも同意します。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|-------------------|-----------|------------|----------------|----------|-----------|-----|-----|
| 申請年月日 | 年 月 日 | 受給資格発生事由 | 要件該当 | 転入 | 保険加入 | 所得該当 | 生保廃止 | その他 | |
| 申請者（ご本人） | 住所 | 福山市 方書（アパート名等） | | TEL | - - | | | | |
| | フリガナ | 性別 | 個人番号/生年月日 | | ※判定 | | | | |
| | 名前 | 男・女 | 番号 | 年 月 日 | | | | | |
| 対象児童 18歳以降の3月31日まで | 名前（フリガナ） | 個人番号/生年月日 | 続柄 | 同居 | ※判定 | 名前（フリガナ） | 個人番号/生年月日 | 続柄 | ※判定 |
| | | 番号 | | 同・別 | | | 番号 | | |
| | | 番号 | | 同・別 | | | 番号 | | |
| | | 番号 | | 同・別 | | | 番号 | | |
| | | 番号 | | 同・別 | | | 番号 | | |
| | | 番号 | | 同・別 | | | 番号 | | |
| 対象年度の1月1日の住所 | 申請者 | □同上 □転入（年 月 日） | | 前住所（年 月 日） | | □その他 | | | |
| | 扶養義務者 | □同上 □転入（年 月 日） | | 前住所（年 月 日） | | □その他 | | | |
| ※上記の住所が福山市以外の場合は所得証明必要 | | | | □添付（年度） | | | | | |
| 添付書類 | □健康保険証の写し □戸籍謄本 □その他 | | | 児童扶養手当 | □申請中 □受給中 □未申請 | | | | |
| 加入保険 | フリガナ | 続柄 | | 保険者番号 | | | | | |
| | 被保険者名 | 資格取得年月日 | | . . | | | | | |
| | | 対象児童資格取得年月日 | | . . | | 記号番号 | | | |

| | | | | | | |
|------------|---|--------------|----------------|----------|-------|--|
| ひとり親家庭等の状況 | 1. 離婚 2. 配偶者死亡 3. 両親死亡 | ひとり親家庭等になった日 | 公費負担番号 | 92340082 | | |
| | 4. 配偶者が障がい者（国民年金法1級程度） 5. 遺棄 6. その他（ ） | 年 月 日 | 受給者番号 | | | |
| 資格発生日 | 年 月 日 | 有効期限 | 年 月 日 | 交付年月日 | 年 月 日 | |
| 却下年月日 | 年 月 日 | 1 所得税課税 | 2 ひとり親家庭等要件非該当 | 3 申請取消 | | |

ネウボラ推進課保管 2017-ネー-274 A4 上質55k 2017.6 2.000

ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請受付書

－お問い合わせは、申請手続きをされた次のところへ－



ネウボラ推進課
 東部保健福祉課
 新市支所
 芦田支所
 熊野分室

TEL 928-1070
 TEL 940-2572
 TEL 0847-52-5515
 TEL 958-2511
 TEL 959-1236

松永保健福祉課
 神辺保健福祉課
 沼隈支所
 加茂支所
 山野分所

TEL 930-0410
 TEL 962-5005
 TEL 980-7704
 TEL 972-3111
 TEL 974-2001

北部保健福祉課
 内海支所
 鞆支所
 水呑分室

TEL 976-8803
 TEL 986-3111
 TEL 982-2660
 TEL 956-1011

受付印

ひとり親家庭等医療費受給資格（更新）認定申請書

受付担当者

申請者（保護者）の情報を記入し、押印する。

は記入しないでください。）

《記入例》

赤字部分をすべて記入・押印し、申請者と対象児童の全員分の健康保険証のコピーをつけて申請してください。なお、審査の過程で追加書類をお願いすることがあります。

| | | | |
|------------------------|---|----------------------------------|--|
| 申請年月 | 20XX年 MM月 DD日 | 受給資格発生事由 | |
| 申請者（ご本人）住所 | 福山市 東桜町3番5号 | | |
| フリガナ | フクヤマ ハナコ | 性別 | 個人番号/生年月日 ※判定 |
| 名前 | 福山 花子 | 男・女 | 1987年 7月 1日 |
| TEL | 090 - XXXX - XXXX | | |
| 対象児童 | 名前（フリガナ） | 個人番号/生年月日 | 続柄 ※判定 |
| 18歳以降の3月31日まで | フクヤマ イチロウ 福山 一郎 | 2015・6・15 | 子 同・別 |
| | フクヤマ ユウコ 福山 優子 | 2017・9・30 | 子 同・別 |
| | | | 同・別 |
| | | | 同・別 |
| | 名前（フリガナ） | 個人番号/生年月日 | 続柄 ※判定 |
| | サトウ カズオ 佐藤 一男 | 1950・11・3 | 父 |
| | サトウ アンズ 佐藤 あんず | 1952・2・8 | 母 |
| | | | |
| | | | |
| 対象年度の1月1日の住所 | 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 転入（ 年 月 日） | 前住所（ 年 月 日） | <input type="checkbox"/> その他 |
| | 扶養義務者 <input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 転入（ 年 月 日） | 前住所（ 年 月 日） | <input type="checkbox"/> その他 |
| ※上記の住所が福山市以外の場合は所得証明必要 | | <input type="checkbox"/> 添付（ 年度） | |
| 添付書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 | 児童扶養手当 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 未申請 |
| 加入保険 | フリガナ | 被保険者名 | 保険者番号 記号番号 |
| | | | |
| ひとり親家庭等の状況 | 1. 離婚 2. 配偶者死亡 3. 両親死亡 4. 配偶者が障がい者（国民年金法1級程度） 5. 遺棄 6. その他（ ） | ひとり親家庭等になった日 | 公費負担番号 92340082 |
| 資格発生日 | 年 月 日 | 有効期限 | 受給者番号 |
| 却下年月日 | 年 月 日 | 1 所得税課税 | 2 ひとり親家庭等要件非該当 |
| | | 3 申請取消 | |

申請者が監護・養育している18歳までの児童を全員記入する。

申請者や対象児童と同居の人または生計同一の人を全員記入する。

加入保険情報については、健康保険証のコピーを添付し、記入を省略してください。

《注意事項》

郵送でひとり親家庭等医療費受給資格認定申請を行えるのは、現在、児童扶養手当を受給している人（全部停止の者を含む）に限ります。

受付印