



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		
				同・別					
		番号		同・別			番号		
				同・別					
		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（ ） □その他						
		扶養義務者	□同上 □転入（年 月 日）前住所（ ） □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