



ひとり親家庭等医療費受給資格認定（更新）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		次とおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格の認定を申請します。 私や私の同一世帯員等の所得等審査項目に係る調査及び更新時の所得調査、また、健康保険情報の調査にも同意します。 なお、これらの調査・審査について、私の同一世帯員等の同意を得ています。									
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			TEL	-		-		※判定	
	フリガナ	方書（アパート名等）			個人番号						非・課
	名前	印			性別	男・女		生年月日	年 月 日		非・課
	※本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）（ ）								※顔写真のないものは2点以上で確認	
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	同別居	他公費	※判定	名前（フリガナ）	個人番号/生年月日	続柄	※判定	
		番号		同	子	非・課		番号		非・課	
		年 月 日		別	月末で喪失			年 月 日			
		番号		同	子	非・課		番号		非・課	
		年 月 日		別	月末で喪失			年 月 日			
		番号		同	子	非・課		番号		非・課	
	年 月 日		別	月末で喪失			年 月 日				
	番号		同	子	非・課		番号		非・課		
	年 月 日		別	月末で喪失			年 月 日				
対象年度の1月1日の住所	申請者・対象児童	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外（当時住所： ）									
	扶養義務者	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外（当時住所： ）									
（福山市外の場合は同意書等が必要） <input type="checkbox"/> 同意書（本人・対象児童・扶養者） <input type="checkbox"/> 所得課税証明書（ 年度） <input type="checkbox"/> パスポート											
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				続柄			対象児童資格取得年月日	年 月 日		
	被保険者名				保険者名称						
	資格取得年月日	年 月 日			保険者番号				記号	番号	枝番
	※添付できない場合（職員記入欄） <input type="checkbox"/> マイナポータルの画面で健康保険の情報を目視確認 <input type="checkbox"/> 確認者										
添付書類	<input type="checkbox"/> 健康保険の情報を証明するもの（資格確認書など） <input type="checkbox"/> 福山市国保のため添付省略 <input type="checkbox"/> その他										

【審査欄】

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. 拘禁 7. 未婚 8. その他（ ）		年 月 日 離婚日・事実婚解消日・死亡日 （ 出生日・監護・養育開始日 ）	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	
備考欄	対象児童を別居監護している場合 <input type="checkbox"/> 広島県内 <input type="checkbox"/> 広島県外 <input type="checkbox"/> 施設入所（入所通知書添付） <input type="checkbox"/> 就学（在学・在寮証明書添付）				

ひとり親家庭等医療費受給資格認定（更新）申請書

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。）

《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の情報を証明するもの（資格確認書のコピー等）をつけて申請してください。なお、審査の過程で追加で書類をお願いすることがあります。

福山市長 様		次のとおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格の 私や私の同一世帯員等の所得等審査項目に係る調査及び更新 なお、これらの調査・審査について、私の同一世帯員等の同意								
申請年月日	YYYY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	方書（アパート名等）	TEL 090-1234-5678 ※判定							
	名前	フリガナ フクヤマ ハナコ 性別 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 非・課								
	※本人確認書類	フリガナ 福山 花子 印 男 女 生年月日 YYYY年 MM月 DD日								
※本人確認書類		□運転免許証 □マイナンバーカード □パスポート □写真付き身分証明書 ※顔写真のないものは2点以上で確認 □その他（ ）（ ）								
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	同別居	他公費	※判定	名前（フリガナ）	個人番号/生年月日	続柄	※判定
	フリガナ	番号	子	同	子	非・課	フリガナ	番号	父	非・課
	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	別	別	月末で喪失	課	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	母	非・課
	フリガナ	番号	子	同	子	非・課	フリガナ	番号	妹	非・課
	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	別	別	課	課	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	妹の夫	非・課
	フリガナ	番号	子	同	子	非・課	フリガナ	番号	妹の子	非・課
	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	別	別	課	課	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	妹の子	非・課
	フリガナ	番号	子	同	子	非・課	フリガナ	番号	妹の子	非・課
	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	別	別	課	課	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	妹の子	非・課
	フリガナ	番号	子	同	子	非・課	フリガナ	番号	妹の子	非・課
フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	別	別	課	課	フリガナ	YYYY年 MM月 DD日	妹の子	非・課	
対象年度の1月1日の住所	申請者・対象児童	□福山市内 □福山市外（当時住所）		申請者・対象児童の加入している健康保険の情報を記入し、証明するものを添付						
	扶養義務者	□福山市内 □福山市外（当時住所）								
（福山市外の場合は同意書等が必要）		□同意書（本人・対象児童・扶養者） □所得課税証明								
児童扶養手当	□申請中 □受給中 □未申請									
加入保険	フリガナ	フリガナ	続柄	本人	対象児童資格取得年月日	YYYY年 MM月 DD日				
	被保険者名	フリガナ	保険者名称	全国健康保険協会 OO支部						
	資格取得年月日	YYYY年 MM月 DD日	保険者番号	0 1 3 4 0 0 1 7	記号	12345678				
					番号	1234				
				枝番	00					
※添付できない場合（職員記入欄）		□マイナポータル画面で健康保険の情報を目視確認		確認者						
添付書類	□健康保険の情報を証明するもの（資格確認書のコピー等） □福山市国保のため添付省略 □その他									

対象児童の名前・マイナンバー・生年月日・申請者からみた続柄・同別居の別を記入

申請者・対象児童と生計を一にする世帯員全員（扶養義務者でない者を含む）の名前・マイナンバー・生年月日・申請者からみた続柄を記入

申請者・対象児童の加入している健康保険の情報を記入し、証明するものを添付

【審査欄】

ひとり親家庭等の状況	1. 離婚 2. 配偶者 4. 配偶者が障がい者 5. 遺棄 6. 拘禁 8. その他（ ）	【審査欄】には何も記入しないでください	公費負担番号	92340082	
	資格発生日	年 月 日	有効期限	年 月 日	交付年月日
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	
備考欄	対象児童を別居監護している場合 □広島県内 □広島県外 □施設入所（入所通知書添付） □就学（在学・在寮証明書添付）				
	《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。				