

記入例

青森市ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

(太線の中だけ記入して下さい)

受給資格申請者	住 所	青 森 市 新 町 1 丁 目 3 番 7 号										
	氏 名	青 森 太 郎	マイナ保険証の方又は令和6年1月2日以降に市外から転入された方は、個人番号をご記入ください。		連 絡 先 電話番号	017-734-1111 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
給 付 対 象 者	氏 名	青 森 太 郎	月 日	昭和 〇〇年〇月〇日	続 柄	本 人	同 居 別 居	ひとり親家庭等発生 理 由	年 月 日	令和 〇年〇月〇日	※他法審査欄 子 ども	重 度
	個人番号	123456789012						離婚・死別・未婚 その他 ()				
	父 母 又 は 養 育 者	青 森 太 郎										
	子 童	青 森 花 子		平成 〇〇年〇月〇日		子	同 居 別 居					
	子 童	青 森 二 郎		令和 〇〇年〇月〇日		子	同 居 別 居					
	子 童			年 月 日			同 居 別 居					
	子 童			年 月 日			同 居 別 居					
	加入医療保険	保険の種類						記 号 番 号	令和6年1月1日時点において、青森市外に住民票のあった方がいる場合は、個人番号をご記入ください。			
		被保険者又は組合員の氏名										
		事 業 所 名										
	取得年月日											
同 居 の 家 族	氏 名	青 森 桜	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	続 柄	母	個人番号	789012345678				
医療費振込 金融機関名	青 い 森 銀 行					青い森 本店 001	支店 支店番号も ご記入ください。	口座番号	普通 9876543 名義カナ アオモリ タロウ			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格証の交付(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、給付対象者及びその家族の所得及び等により確認すること又は個人番号(マイナンバー)の使用により情報を取得することについて、また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年8月1日の資格更新に当たり、給付対象者及びその家族の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証の交付について(希望します。 希望しません。) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 青 森 市 長 様 申請者氏名 青森 太郎 申請者氏名をご記入ください。												
処 理 備 考	受給資格証 番 号				認 定 年 月 日				給 付 開 始 年 月 日			
	却 年 月 日	年 月 日			(理 由)							
備 考												

受 付	確 認	児童扶養手当	備 考