

(伺)	課長	主幹	係

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ください)

受給資格申請者	住所	青森市中央1丁目22番5号		
	氏名	青森 太郎	連絡先電話番号	017-734-1111 090-0000-0000

給付対象者	氏名	生年月日	続柄	同居別居	ひとり親家庭等発生		※他法審査欄		
					理由	年月日	乳幼児	重度	
養育者	青森 太郎	昭和 〇〇年〇月〇日	本人		離婚・死別・未婚 その他 ()	〇〇年〇月〇日			
	青森 花子	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居					
	青森 二郎	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居					
		年 月 日		同居別居					
		年 月 日		同居別居					
加入医療保険	保険の種類		記号番号		父母の障害状況 身体障害者手帳等番号				
	被保険者又は組合員の氏名				級				
	事業所名				傷病名等				
	取得年月日								
医療費振込金融機関名	青い森 銀行 青い森 本店			口座番号	普通 1234567				
					支店				

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、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて(同意します 同意しません。)

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、養育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

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

処 理	受給資格証 番号		認定 年月日		給付開始 年月日	
	却下 年月日	年 月 日	(理由)			
備考						

受付	確認	備考