

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		
	氏名		連絡先電話番号	

給付対象者	養育者	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	
			年 月 日	本人		理由	年月日	乳幼児	重度
			年 月 日	本人		離婚・死別・未婚 その他 ()			
			年 月 日		同居別居	/			
			年 月 日		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		
	被保険者又は組合員の氏名					身体障害者手帳等番号			
	事業所名					級			
	取得年月日					傷病名等			
医療費振込金融機関名	銀行			本店支店	口座番号	普通			

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。）

年 月 日

青森市長様

申請者氏名

※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