

母 福祉医療費受給者証交付申請書兼受給資格者台帳(母子家庭用)

		氏名	生年月日	住 所	続柄	受給者番号	有効期間
受給資格者	母				本人		
	児 童				子		
					子		
					子		
児童等の状況	父	ア 離婚 イ 死亡 ウ 父が障害 エ 生死不明 オ 遺棄 カ 拘禁 キ 未婚の女子で父がいない ク その他()		公 的 給 付 状 況	ア 児童扶養手当 イ 年金()		備考
	母	ア 受給者 イ その他()			ウ 申請中〔ア、イ〕 エ その他()		
	養育者	受給資格者との関係()					
加入 保 険	被保険者氏名		生年月日	住所		(附加給付)	
	1 市国保 2 組合国保 3 協会 4 組合 5 船員 6 日雇 7 共済	記号番号	保険者名	負担者号	保 住 険 險 者 所	(資格取得日)	

上記のとおり、各務原市福祉医療費助成制度(母子家庭等)による受給者証の交付を申請します。
 なお、受給資格の認定にあたり、受給資格者、その配偶者及び扶養義務者の税務情報及び社会保険各法への加入情報(個人番号による照会を含む)の
 閲覧について承諾するとともに、高額療養費の請求及び受領について世帯主(被保険者)は、各務原市長に委任します。
 (宛先)各務原市長

前住所	転入		
個人 番 号	母		児童
	児童		児童
	児童		被保険者

受給資格者	控・配			扶養		扶養障害		夫有	妻有	未成年	本 障 人 審	寡 ・ 寡 特	勤 学	所得額	控除額	控除後の所得額
	障	老	通	老	通	特	他									
受給資格者の配偶	控・配			扶養		扶養障害		夫有	妻有	未成年	本 障 人 審	寡 ・ 寡 特	勤 学	所得額	控除額	控除後の所得額
扶養義務者	控・配			扶養		扶養障害		夫有	妻有	未成年	本 障 人 審	寡 ・ 寡 特	勤 学	所得額	控除額	控除後の所得額

証交付申請理由	1. 認定請求 2. 転入 3. 保険加入 4. 生保廃止 5. 所得超過解消 6. その他					
証交付	年 月 日	受給開始	年 月 日			
証返還	年 月 日	証再交付	年 月 日			
証更新	年 月 日	証再交付	年 月 日			
資格喪失	年 月 日	理由				

口座振込	銀行 信用金庫 農協	支店	普通口座	口座番号	口座名義人
------	------------------	----	------	------	-------

上記の申請により
受給者証を交付して
よろしいか

審査 適 否	決 裁	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員
		専決	専決				