

奈良市ひとり親家庭等医療費受給資格証交付等申請書

受給者番号

次のとおり、奈良市ひとり親家庭等医療費受給資格証の交付及びひとり親家庭等医療費助成金の支給を申請します。
 なお、受給期間中に市長が個人番号を利用し、世帯(配偶者、扶養義務者を含む)の所得の状況を調査すること及び
 高額療養費が生じる場合に当該療養に係る診療報酬明細書等の写しを医療機関等から徴することを承諾します。

(宛先) 奈良市長

令和 年 月 日

申請者(父母等)氏名・個人番号		性別	生年月日	住所		番号			
フリガナ ①		男・女	年 月 日	奈良市 電話 - -		—			
申請者の1月1日時点の住所			申請者の口座						
(1月~7月申請は前年、8月~12月申請は本年)			金融機関名	支店名	口座番号	種別			
<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外(市・区・町・村)			銀行・信用金庫・農協	本店・支店・出張所		普通 当座			
			機関コード	支店コード					
児童氏名(18歳未満)・個人番号		続柄	性別	生年月日	住所(申請者と異なる場合のみ記入)		番号		
フリガナ			男・女	年 月 日			—		
フリガナ			男・女	年 月 日			—		
フリガナ			男・女	年 月 日			—		
フリガナ			男・女	年 月 日			—		
扶養義務者 氏名・個人番号									
フリガナ		続柄		フリガナ		続柄			
フリガナ		続柄		フリガナ		続柄			
申請事由				加入医療保険					
1 18歳未満の児童を養育している配偶者のない者 ア 配偶者と死別し、現在婚姻していない イ 配偶者と離婚し、現在婚姻していない ウ 配偶者の生死が不明 エ 配偶者から遺棄されている オ 配偶者が障がいのため長期間労働ができない カ 配偶者が長期間拘禁されている キ 未婚の父母で、現在婚姻していない ク その他() 2 父母のない18歳未満の児童 3 2の児童を養育している配偶者のない者				申請者	記号		番号		
					被保険者氏名			申請者との続柄	
					保険者番号				
					保険の名称				
					資格取得年月日	年 月 日			
									(申請者と異なる場合のみ記入)
				児童	児童の氏名				
					記号		番号		
					被保険者氏名			児童との続柄	
					保険者番号				
					保険の名称				
				資格取得年月日	年 月 日				
児童扶養手当申請の有無									
(有・無・申請中)									
前年中に受け取った養育費の額									
※1月~7月の新規申請の場合は、前々年の額を記入してください。									
円									

処理欄	
児童扶養手当	有・無
扶養義務者	有・無
費用区分	県・市

決裁年月日 令和 年 月 日

受付	確認