

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
 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
 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

記入例

(宛先) 奈良市長

令和 2 年 4 月 15 日

申請者(父母等)氏名・個人番号		性別	生年月日	住所	番号
ひ医 花子		女	昭和 60 年 1 月 24 日	奈良市 二条大路南一丁目1番1号	—
1 2 3 X X X X X X X X X X				電話 090 - XXXX - XXXX	
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
<input type="checkbox"/> 奈良市内			育成	医療	XXXXXX
<input checked="" type="checkbox"/> 奈良市外(奈良県橿原市 区・町・村)			銀行 信用金庫・農協	本店(支店) 出張所	種別 普通 当座
			機関コード X X X X	支店コード X X X	口座名義(カナ) ヒイ ハナコ
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)
ひ医 一郎		子	男	平成 28 年 1 月 28 日	
2 3 4 X X X X X X X X X X					
ひ医 さくら		子	女	令和 2 年 3 月 14 日	
3 4 5 X X X X X X X X X X					
申請者様と対象のお子様以外の同居の親族の方をご記入ください。※同居所で世帯を分けておられる場合も含まれます。					
お子様申請者様と別住所の場合にご記入ください。※別途申立書が必要な場合がありますので、子ども育成課子ども医療係までご確認ください。					
扶養義務者 氏名・個人番号					
福祉 茂蔵		続柄	父		
6 7 8 X X X X X X X X X X					
福祉 静代		続柄	母		
7 8 9 X X X X X X X X X X					
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			記号	123	番号 456789
ア 配偶者と死別し、現在婚姻していない			被保険者氏名	ひ医 花子	
<input checked="" type="radio"/> イ 配偶者と離婚し、現在婚姻していない			保険者番号	88888888	
ウ 配偶者の生死が不明			保険の名称	〇〇〇健康保険組合	
エ 配偶者から遺棄されている			資格取得年月日	令和 2 年 2 月 3 日	
オ 配偶者が障がいのため長期間労働ができない			(申請者と異なる場合のみ記入)		
カ 配偶者が長期間拘禁されている			児童の氏名	ひ医 一郎、さくら	
キ 未婚の父母で、現在婚姻していない			記号	987	番号 65432
ク その他 ()			被保険者氏名	福祉 茂蔵	
2 父母のない18歳未満の児童			保険者番号	99999999	
3 2の児童を養育している配偶者のない者			保険の名称	〇〇〇共済組合〇〇支部	
資格取得年月日			令和 2 年 1 月 1 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。					
240,000 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