

新規

ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

盛岡市長 様

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。申請に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が受給資格に係る申請者、児童および扶養義務者の情報を取得することに同意します。

給付を受けようとする人	父母等（申請者）	フリガナ		性別	生年月日			連絡先				
		氏名		男女	年 月 日			- -				
		住所										
		転入の場合	本年1月1日 時点の住所地	都道府県			市区町村	昨年1月1日 時点の住所地	都道府県 市区町村			
		該当要件	離婚	死別	遺棄	障害	父母無	未婚	生死不明	拘禁		
	児童		フリガナ	性別	生年月日		続柄	住所 ※ 別居監護の場合は、住所を記入				
			氏名									
		児童1		男女	年 月 日			☐ 同居 ☐ 別居監護				
		児童2		男女	年 月 日			☐ 同居 ☐ 別居監護				
		児童3		男女	年 月 日			☐ 同居 ☐ 別居監護				
		児童4		男女	年 月 日			☐ 同居 ☐ 別居監護				
医療保険	☐ 別紙写しのとおり（保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）				被保険者氏名							
	記号-番号-枝番					資格取得年月日		年 月 日				
	保険者番号					保険者名						
振込口座	金融機関名	銀行コード（ ）				銀行・信金協 信組・農協 その他（ ）		本店・支店名	支店コード（ ）		支店支所出張所	預金種別
	口座番号							口座名義（カナ）				
送書付先の	※ 給付を受けようとする人の住所とは別の住所を指定する場合にご記入ください											
	住所	〒							あて名			

現在、他の医療費助成事業（乳幼児、小学生など）を受けている場合、それらの登録内容を変更できます。
次の項目を御確認の上、必要な項目にレ点を記入してください。

☐ 「保護者」を本申請の申請者に変更する

☐ 「医療保険」を本申請と同じ内容に変更する

☐ 「振込口座」を本申請と同じ口座に変更する

☐ 「送付先」を本申請と同じ送付先にする

裏面にも項目があります →

扶養同一生計者①	扶養義務者とは、３親等以内の直系血族、兄弟姉妹、配偶者（内縁を含む）のことです。 ☐ 扶養義務者なし													
	フリガナ					性別	続柄	生年月日						
	氏 名					男 女		年 月 日						
	住 所													
	転入又は市外居住	本年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村					
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
扶養同一生計者②	フリガナ					性別	続柄	生年月日						
	氏 名					男 女		年 月 日						
	住 所													
	転入又は市外居住	本年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村					
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
扶養同一生計者③	フリガナ					性別	続柄	生年月日						
	氏 名					男 女		年 月 日						
	住 所													
	転入又は市外居住	本年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村					
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
扶養同一生計者④	フリガナ					性別	続柄	生年月日						
	氏 名					男 女		年 月 日						
	住 所													
	転入又は市外居住	本年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村					
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
扶養同一生計者⑤	フリガナ					性別	続柄	生年月日						
	氏 名					男 女		年 月 日						
	住 所													
	転入又は市外居住	本年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年１月１日時点の住所地	都道府県		市区町村					
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→													

※ 医療保険が複数ある場合、記入してください

医療保険②	☐ 別紙写しのとおり（保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）			
	被保険者氏名		区分	本人（被保険者）・ 家族（被扶養者）
	記号・番号・枝番	- -	資格取得年月日	年 月 日
	保険者番号		保険者名	
医療保険③	☐ 別紙写しのとおり（保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）			
	被保険者氏名		区分	本人（被保険者）・ 家族（被扶養者）
	記号・番号・枝番	- -	資格取得年月日	年 月 日
	保険者番号		保険者名	