

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、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。

給付を受けようとする人	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
	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			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護	
児童2		男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護	
児童3		男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護	
児童4		男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護	
保加 険入 証	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり（保険証のおもて面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 信組・農協 その他()	本店・支店名	支店コード()	支店支所出張所
	口座番号				口座名義(カナ)		預金種別 普通・当座・貯蓄
送書 付類 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
- 「保険証」を本申請と同じ保険証に変更する
- 「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、 <input type="checkbox"/> 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→							
扶養義務者①	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→							
扶養義務者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→							
扶養義務者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→							
扶養義務者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→							
扶養義務者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→							

※ 保険証が複数ある場合、記入してください

加入保険証②	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり（保険証のおもて面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				
加入保険証③	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり（保険証のおもて面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				