

新規

## ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

令和3年 4月 3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	ウチマル ヒカル		性別	生年月日		連絡先			
	氏名	内丸 光		男	平成元年10月20日		090-1234-5678			
	住所	盛岡市内丸99-9								
	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	岩手	都道府県	遠野	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	
	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	ウチマル イチロウ	男	平成22年12月22日		子	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護			
	児童2	ウチマル ハナコ	男	平成25年9月29日		子	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居監護 遠野市中央通り9-1			
	児童3		男	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居監護			
児童4		男	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		内丸 光			
	記号-番号-枝番	123456-789-01			資格取得年月日		平成23年4月1日			
	保険者番号	29099900			保険者名		〇〇健康保険組合			
振込 口座	金融機関名	内丸		銀行・信金 信組 農協 その他	本店・支店名	本所		支店支所出張所	預金種別	
	銀行コード* (5555)				支店コード* (001)				普通 当座・貯蓄	
	口座番号	1414213			口座名義 (カナ)	ウチマル ヒカル				
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 →

扶養義務者の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、 <input type="checkbox"/> 扶養義務者なし									
	フリガナ	ウチマル タロウ			性別	続柄	生年月日			
	氏名	内丸 太郎			男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	父	昭和33年3月30日			
	住所	盛岡市内丸99-9								
	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	ウチマル ハナミ			性別	続柄	生年月日			
	氏名	内丸 花見			男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	母	昭和38年7月25日			
	住所	盛岡市内丸99-9								
	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→		
	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→		
	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→		
	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					