

函館市ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

函 館 市 長 様

住 所 函館市 町 丁目 番 (番地) 号

申請者 氏 名

電 話

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

受給資格の認定を受けようとする者	区 分	1 母 3 父	2 子 (母子)	4 子 (父子)
	ふりがな			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号			
	保護者の氏名	/		
	保護者との続柄	/		
	保護者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居
	住 所			
	被保険者との続柄			
主たる生計維持者との続柄				
医 療 保 険	被保険者の氏名		住 所	
	種 別	01 国保一般 02 国保退本 03 国保退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船 員 07 日 雇 08 健保組合 09 共 済	付加給付	有・無
	被保険者証の記号・番号		任意継続の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	保険者の名称		保険者番号	
主たる生計維持者	ふりがな		住 所	
	氏 名			
	扶 養 人 数	人 (うち老人 人)	所 得 額	円

所得要件等	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当	児童扶養手当	有・無	養 育 費	有・無
-------	---	--------	-----	-------	-----

受 給 者 番 号					
資格取得年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
資格取得事由	01 生保廃止 02 転入 06 離婚 07 死別 08 未婚 09 生死不明 10 親重度 17 所得復活 19 その他	ひとり親家庭等となった年月日 年 月 日			
道・市区分	1 道 2 市	1 道 2 市	1 道 2 市	1 道 2 市	
自己負担区分	1 1割 2 なし	1 1割 2 なし 4 なし→1割	1 1割 2 なし 4 なし→1割	1 1割 2 なし 4 なし→1割	
有 効 期 間	1 8歳の年度末日	・ 3 ・ 3 1 まで	・ 3 ・ 3 1 まで	・ 3 ・ 3 1 まで	・ 3 ・ 3 1 まで
	2 0歳の誕生月末	・ ・ まで	・ ・ まで	・ ・ まで	・ ・ まで
備 考	本籍 (市内・市外)				

注 太枠内の事項について記入してください。

公簿確認	受 付	入 力	検 証

受 付 印

交 付 年 月 日
令和 年 月 日

## 養育費に関する申告書

- \_\_\_\_\_年（1月から12月までの1年間）に受け取った養育費について、  
下記のとおり相違ありません。

届出者氏名 \_\_\_\_\_

受 取 人	養育費の額（1年分）	備 考
親 ・ 児 童	円	
親 ・ 児 童	円	
親 ・ 児 童	円	
合 計	円	