

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

保護者について
記載してください。

住所 函館市 ○○ 町 ○丁目 ○番 (番地) ○号
申請者 氏名 市役所 花子
電話 0138-98-7654

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	しやくしよ はなこ	しやくしよ みどり								
	氏名	市役所 花子	市役所 緑								
	生年月日	昭和○○年○月○○日	令和○年○月○○日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	個人番号										
	保護者の氏名		市役所 花子								
	保護者との続柄		子								
	保護者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居					
	住所	函館市○○町○丁目○番○号	同左								
	被保険者との続柄	本人	子								
主たる生計維持者との続柄	本人	子									
医療保険	被保険者の氏名	市役所 花子		住所	函館市○○町○丁目○番○号						
	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	函	1 2 3 4 5 6	任意継続の有効期間	年 月 日	~	年 月 日				
	保険者の名称	函館市国民健康保険		保険者番号	1	2	3	4	5	6	7
主たる生計維持者	ふりがな	しやくしよ はなこ		住所	函館市○○町○丁目○番○号						
	氏名	市役所 花子									
	扶養人数	人 (うち老人 人)		所得額	円						

主たる生計維持者とは、
資格の認定を受けようとする者の生活費の大半を負担している方です。

(記載例)

養育費に関する申告書

○ 令和〇年（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、

申請者の氏名を
記入してください。

り相違ありません。

届出者氏名 市役所 花子

受 取 人	養育費の額（1年分）	備 考
親 ・ 児 童	200,000円	
親 ・ 児 童	円	
親 ・ 児 童	円	
合 計	200,000円	