

青森市ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

(太線の中だけ記入してください)

受給資格申請者	住所	青森市 中央1丁目22番5号							
	氏名	青森 太郎	連絡先電話番号	017-734-1111 090-0000-0000					
給付対象者	氏名	生年月日	続柄	同居別居	ひとり親家庭等発生理由	年月日	※他法審査欄 乳幼児 重度		
	養育者	青森 太郎	昭和 〇〇年〇月〇日	本人		離婚・死別・未婚 その他 ()	〇〇年〇月〇日		
		青森 花子	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居				
		青森 二郎	平成 〇〇年〇月〇日	子	同居別居				
			年 月 日		同居別居				
			年 月 日		同居別居				
加入医療保険	保険の種類	記号番号		父母の障害状況 身体障害者手帳等番号					
	被保険者又は組合員の氏名				級				
	事業所名				傷病名等				
	取得年月日								
医療費振込金融機関名	青い森 銀行 青い森 本店 支店			口座番号	普通 1234567				
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費の受給資格証の交付(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて(同意します 同意しません。) また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年8月1日の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証の交付について(希望します 希望しません。) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 青森市長様 申請者氏名 青森太郎 ※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。									
処理	受給資格証番号	認定年月日			給付開始年月日				
	却下年月日	年 月 日 (理由)							
備考									

受付	確認	備考