

## 母子家庭等医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所 大府市 町 番地

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

区	分	母(父)	児 童			
住	所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
氏	名					
個	人	番	号			
生	年	月	日	年	月	
申	請	者	と	の	続	
勤	務	先	名	・	学	
手	当	・	他	医	療	
給	付	状	況			
※	受	給	者	証	番	
		号				
加入医療保険	被 保 険 者		記号・番号			
	保 険 種 別		国 保 ・ 協 会 ・ 組 合 ・ 船 員 ・ 日 雇 ・ 共 済			
	保 険 者	名 称	保 険 者 番 号			
		所 在 地				
資 格 取 得 年 月 日		年 月 日	付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無		
母 子 家 庭 等 と な っ た 理 由		1 死 亡 2 離 婚 3 生 死 不 明 4 遺 棄 5 海 外 6 精 神 ・ 身 体 の 障 が い 7 拘 禁 8 未 婚 の 母 9 父 母 の い な い 児 童				
発 生 年 月 日		年 月 日				
※ 確 認 公 簿 名 等	戸 籍 確 認 簿			所 得 状 況	総 所 得 金 額	扶 養
	住 民 票		索 引 ・ 払		所 得 金 額	人
	課 税 台 帳		台 帳		所 得 課 税	円
※ 受 給 資 格 認 定		適 ・ 否		年 月 日		

(注) 加入保険が母(父)と異なる場合は、その旨申し出てください。

※印の欄は記入しないでください。

1月1日にいた住所 \_\_\_\_\_

大府市長 殿

同 意 書

母子家庭等医療費受給者証の{交付・更新}の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

同 意 者	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	住 所	
					<input type="checkbox"/> 申請者と同居
					<input type="checkbox"/> 申請者と同居
					<input type="checkbox"/> 申請者と同居

- ※同意する者が自ら署名を行うこと。
- ※代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- ※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載すること。