|  |
| --- |
| **福祉医療費医療証（資格証）交付・変更・更新　申請書（ひとり親等）**扶養親族(該当に〇)16歳以上19歳未満の親族(該当に〇) |
| 世帯の状況 | 該当／非該当 | 受給者番号 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 16歳未満の扶養 .1.2以降生 | .1.1　生 .1.2以降生 | 勤務先又は在学学校名・学年 | 他公費 | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入医療保険 | 被保険者名 |  | 被扶養者名 |  | 住所 |  |
| 保　険　種　別 |  | 被保険証の記号番号(枝番) |  | 附加給付等の有無 | 有・無 |
| 被保険者証発行機関名 |  | 事　業　所　名 |  | 所在地 |  |
| 申　請　事　由 |  | 児童扶養手当 | 受けている　　　　　　　　　　　番号（　　　　　　　　　　　　）受けていない |
| * 審　　査
 |  | 助成開始年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 口　座　振　替依　頼　欄　 | 金融機関名 |  | 口座種別 | 普・当・その他 | 口座番号 |  |
| 支店等 |  | 口座名義人(カナ) |  |
| 上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（変更・更新）を申請します。なお、児童扶養手当の受給状況については児童扶養手当受給資格者台帳により、福祉医療対象者及び同一世帯員の市民税における所得額及び控除額については市民税課税台帳等により、貴市が確認することに同意します。また、私が福祉医療対象者であることを加入医療保険の保険者に貴市から通知することについて同意します。 |
| 年　　　　　月　　　　　日出雲市長　　　　　　　　　　　様 | 申請者　　住所氏名 |

様式第4号の2（第6条、第7条関係）