

記入見本 母子家庭等医療費受給者証交付申請書

85 (県) 母子 遺児等 父子 84 (市) 母子 遺児等 父子

※太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

保護者 (母・父等)	フリガナ	サンダ ハナコ	子の続柄	住所		
	氏名	三田 花子	母・父 保護者	三田市 三輪2丁目●-●		
対象児童① 扶養義務者 他()	フリガナ	サンダ イチロウ	続柄	住所		他制度受給
	氏名	三田 一郎	子 母・父 ()	同居	寮・親族の家 他()	乳幼児(こども) 重度障害
対象児童②	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	寮・親族の家 他()	乳幼児(こども) 重度障害
対象児童③	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	寮・親族の家 他()	乳幼児(こども) 重度障害
対象児童④	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	寮・親族の家 他()	乳幼児(こども) 重度障害
健康保険 情報	記号・番号・ 枝番	●●●●●●●●●●●●●●●●	資格取得年月日 (保護者)	昭・平・令 18 年 4 月 1 日		
	被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者に同じ	資格取得年月日 (児童①)	平・令 6 年 7 月 1 日		
	保護者との 続柄	本人 父・母・祖父・祖母 その他()	資格取得年月日 (児童②)	平・令 年 月 日		
	保険者番号	●●●●●●●●●●	資格取得年月日 (児童③)	平・令 年 月 日		
	保険者名称	三田市国保、●●●協会●●●支部 ●●●共済、●●●組合等	資格取得年月日 (児童④)	平・令 年 月 日		

保護者の健康保険情報(記号・番号・枝番)を記入してください。

受給対象者ごとの資格取得年月日を記入してください。

年金等 受給状況	1. 受給なし 2. 福祉年金 3. 厚生年金 4. 児童扶養手当(支給開始も含む) 5. その他()	養育費	●●●●●●●● 円
-------------	---	-----	------------

三田市長あて

福祉医療費の助成事務に関して、住民基本台帳・市税等に関する課税資料、義務者等の調査についても同意を得ております。当事業により既に公費負担は、その受領を公費負担者である当市に委任し、世帯内での紛争が生じた場合、申請者情報及び給付情報等の提供を得ること、また申請内容について加入保険に加入し、加入保険の変更があったとき、加入保険等の変更があったときは届け出ます。

申請者 (保護者) 三田 花子

※手書きしない場合は記名押印してください。

連絡先 079 (●●●●) ●●●●

前年(1月~12月までの1年間)に受け取った養育費を記入してください。

(市処理欄)

申請事由①	新規	審査	認定(県・市)	一般
	転入		却下	低所得
	生保廃止			所得超過
	その他()			その他()

申請事由②	1. 死別 2. 離婚 3. 遺棄 4. 障害 5. 拘禁 6. 未婚 7. 遺児 8. その他()	左記事由発生日	昭・平・令 年 月 日
健康保険加入日	平・令 年 月 日	監護開始日	平・令 年 月 日
		児扶手申請日	平・令 年 月 日

資格取得年月日	令和 年 月 日	※新規認定の場合は上記の日付のうち、一番直近の日付が資格取得日	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり
証有効期間1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日1	令和 年 月 日
証有効期間2	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日2	令和 年 月 日

特記事項 課税対象収入がない場合の生活状況【非課税年金等()・預貯金等・その他()】

案内	制度案内【窓口・郵送】	備考	受付	
	証交付前受診【無・有(案内済)】		入力	確認
添付	<input type="checkbox"/> 母子家庭等を証明する書類 <input type="checkbox"/> 課税所得証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報のわかるもの			