様式第3号

ひとり親家庭医療証交付(更新)申請書

令和　　年　　月　　日

泉佐野市長　殿

泉佐野市

申請者　住 所

氏 名

電話番号

以下のとおり医療証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、次のことに承諾します。
1. 本人･配偶者･扶養義務者について、住民登録の確認および所得額等確認すること。
2. 家族療養費等付加給付制度の調整通知を送付すること。

申 請 理 由	1. ひとり親家庭該当　2. 転入　3. 保険変更　4. 生保廃止　5. 更新　6. その他（　　　　　　）						
対象者	居 住 地	泉 佐 野 市					
	①父母又は養育者	フリガナ		生年月日	昭・平　年　月　日		受給者番号
		氏　名					
		個人番号		性別	男 ・ 女		
	②児童	フリガナ		生年月日	平・令　年　月　日	①との関係	受給者番号
		氏　名					
		個人番号		性別	男 ・ 女		
		フリガナ		生年月日	平・令　年　月　日	①との関係	受給者番号
		氏　名					
		個人番号		性別	男 ・ 女		
		フリガナ		生年月日	平・令　年　月　日	①との関係	受給者番号
		氏　名					
		個人番号		性別	男 ・ 女		
		フリガナ		生年月日	平・令　年　月　日	①との関係	受給者番号
		氏　名					
		個人番号		性別	男 ・ 女		

医療保険資格情報	被保険者等の氏名				①との関係	
	記号		番号	資格取得年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
	※枝番が印字されている場合は、記入をお願いします。			（枝番）	対象者	
				（枝番）	対象者	
				（枝番）	対象者	
				（枝番）	対象者	
				（枝番）	対象者	
	保険者番号		保険者名称			

※泉佐野市がひとり親家庭医療費助成制度の事務処理をするうえで、個人番号を通じて地方税関係の情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

令和　　年　　月　　日

（申請者署名）

（1月1日時点住所）

※1月～9月申請は前年の住所、10月～12月申請は本年の住所をご記入ください。

児童扶養手当証書番号		資格認定日	年　月　日
		事由発生日	年　月　日
		交付日	年　月　日