

資格要件	
児扶手・公的年金の 申請年月日	年 月 日
受付番号	
児童扶養手当	
支給年月	年 月
年金種別	
年金記号番号	

ひとり親家庭医療証交付(更新)申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

ひとり親家庭医療証の交付(更新)を次のとおり申請します。なお、この申請以後、医療費の助成に関し所得等の確認が必要となる場合には市町村課税台帳、住民基本台帳又は児童手当受給者台帳により確認し、加入医療保険の被保険者等の資格に係る情報の確認が必要となる場合には申請者及び対象者の個人番号から情報提供ネットワークシステムにより確認することに同意します。

申請理由	1	ひとり親該当	2	転入	3	生保廃止	4	児童の増人	5	その他()
対象者		氏 名	生年月日	続柄	個 人 番 号					
	父母又は 養育者		・ ・							
	児 童		・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							

加入保険(第1保険)

保険種別		記号		番号	
加入者名		続柄		資格取得日	年 月 日
被扶養者					
保険者名		保険者番号		附加給付	有(円以上)・無

加入保険(第2保険)

保険種別		記号		番号	
加入者名		続柄		資格取得日	年 月 日
被扶養者					
保険者名		保険者番号		附加給付	有(円以上)・無

(注) 児童扶養手当を受けていない方は、別紙1及び別紙2の書類を提出してください。

備考	資格年月日	医療証交付年月日	決裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	確 認	受 付
	年 月 日	年 月 日							