

ひとり親家庭医療費助成資格認定(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

ひとり親家庭医療費助成の資格の認定(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。

大 学 生 等	フリガナ		認定番号	
	氏 名		認定始期	
	住 所		生年月日	年 月 日
	学 年		個人番号	
	学 校 名		学校所在地	
父 母 又 は 養 育 者 等	フリガナ		認定番号	
	氏 名		認定始期	
	住 所		生年月日	年 月 日
	続 柄		個人番号	
	医療証交付	有 無	医療証番号 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
加 入 医 療 保 険 確 認 書 類 貼 付 欄				
大 学 生 等			父 母 又 は 養 育 者 等	

次の欄は、記入する必要がありません。

確 認 事 項	戸籍謄本（父・母・養育者等・大学生等）	年度（ 年中）所得申告
	外国人登録証明書	個人番号カード等
	在学証明書	障害者手帳
	加入医療保険確認書類（父・母・養育者等・大学生等）	その他
	年度（ 年中）所得証明書	（ ）

確 認	受 付