

親 ひとり親家庭等医療費助成福祉医療証交付申請書

申請書の記入の仕方(記入例)

|   |  |            |                  |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|---|--|------------|------------------|-------------------------|---------------------|--|--------------------|-----------|----------------|----------|----------|-----------|-------|-----------|--|
| 住所  | 相模原市<br>中央区中央2-11-15   |            | 個人番号             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| カナ  | サガミ ハナコ  |            | 同居の親族等           | 有( ) 相模 一郎(父) )、無       |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 氏名  | 相模 花子  |            | 電話番号             | 042 ( 754 ) 1111        |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            | 生年月日             | 年 月 日                   |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 加入健康保険  | 被保険者名  | 氏名         | 相模 一郎            |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           | 続柄    | 子         |  |
|   |  | 住所         | 相模原市中央区中央2-11-15 |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   | 発行機関   | 名称         | 全国健康保険協会 神奈川支部   |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           | 保険者番号 | 001140011 |  |
|   |  | 記号・番号      | 記号 12345678      |                         |                     |  | 番号 12              |           |                |          | 保険加入日    | R元年 5月 1日 |       |           |  |
| ひとり親家庭等となった理由等  | <input checked="" type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> (父・母)死亡 <input type="radio"/> (父・母)障害 <input type="radio"/> (父・母)生死不明 <input type="radio"/> (父・母)遺棄<br><input type="radio"/> (父・母)拘禁 <input type="radio"/> 未婚の母で父がない <input type="radio"/> 子、父母死亡等 <input type="radio"/> その他 |            |                  |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   | ひとり親となった年月日  | H31年 1月 1日 |                  | 元配偶者/元事実婚相手の氏名、生年月日     | (氏名) (生年月日) H 年 月 日 |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 申請事由  | <input checked="" type="radio"/> A 転入のため    B 生活保護の廃止/停止のため    C 対象児童の監護を開始したため    D 児童出生による増員のため<br><input type="radio"/> E 元配偶者/元事実婚相手と別居のため    F 扶養義務者と別居のため    G ひとり親家庭等になったため(その他)  |            |                  |                         |                     |  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 児童の状況   | 氏名   |            | 生年月日             | 居住区分                    | 続柄                  | 健康保険   | 同・別                | 保険者名・番号   | 被保険者名          | 記号・番号    | 保険加入日    |           |       |           |  |
|   | 1  | 相模 太郎      | H 年 月 日          | 同( )別                   | 子                   | 同( )別  | 相模原市国保 146027      | 相模 太郎     | 10 11112222    | R元年 5月1日 |          |           |       |           |  |
|   | 2  | 相模 次郎      | H 年 月 日          | 同( )別                   | 子                   | 同( )別  |                    |           |                |          | R元年 5月1日 |           |       |           |  |
|   | 3  |            | 年 月 日            | 同・別                     |                     | 同・別  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   | 4  |            | 年 月 日            | 同・別                     |                     | 同・別  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   | 5  |            | 年 月 日            | 同・別                     |                     | 同・別  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   | 6  |            | 年 月 日            | 同・別                     |                     | 同・別  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 児童に障害があるとき  | 氏名   | 障害名        | 等級               | 児童が18歳以降在学              | 氏名                  | 学校名  | 課程                 | 学年        |                |          |          |           |       |           |  |
| 受給者番号   |  |            |                  |                         |                     | ・他の制度の申請状況( )をつけてください<br>・申請者と児童の関係( )をつけてください |                    | 児童扶養手当    | 申請済み、後日申請、該当せず |          |          |           |       |           |  |
| 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療証の交付を申請します。<br>なお、申請者等の租税に関する公簿の閲覧(個人番号を利用した所得照会を含む)、健康保険の高額療養費等について健康保険者等との給付調整を行うこと及び児童扶養手当受給者台帳の閲覧を承諾します。このことについて、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。 |  |            |                  |                         |                     | 申請者と児童の関係                                      | 母子( ) 父子( ) その他( ) |           |                |          |          |           |       |           |  |
| 相模原市<br>令和3年 1月 1日<br>相模原市長あて<br>住所 中央区中央2-11-15<br>氏名 相模 花子  |  |            |                  |                         |                     | 事務処理欄  | 手当て                | 申請 / 決定 / |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            |                  |                         |                     | 配偶者  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            |                  |                         |                     | 扶養義務者  |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            |                  |                         |                     | 有効開始日  | 年 月 日              |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            |                  |                         |                     | 証交付年月日   | 年 月 日              |           |                |          |          |           |       |           |  |
|   |  |            |                  |                         |                     | 備考   |                    |           |                |          |          |           |       |           |  |

同居の親族等

同居の親族等住民票上は別世帯でもいっしょに住んでいる両親・兄弟姉妹等がいる場合は、氏名と申請者との続柄を記入してください。  
 また、同居の親族等がいる場合、同居の親族分の個人番号は「医療費助成における個人番号利用に関する同意書」(同意書)による提出が必要です。

加入健康保険

申請者が現在加入している健康保険を記入してください。保険証の記載通りに、被保険者名・続柄・発行機関(保険者名、保険者番号)・記号・番号・保険加入日を記入してください。続柄は、被保険者本人からみた続柄(保険証に続柄の記載があればそのとおり)を記入してください。

ひとり親家庭等となった理由等

ひとり親となった年月日については、次の日にちを記入してください。  
 離婚の場合...離婚日    死亡の場合...死亡日  
 未婚の場合...子の出生日    障害の場合...無記入

児童の状況

医療費助成の対象となる児童について記入してください。  
 健康保険が同じ場合でも、保険加入日については必ず記入してください。

児童扶養手当の申請、申請者と児童の関係の確認欄

児童扶養手当の申請状況と申請者と児童の関係を記入してください。  
 年金受給などで児童扶養手当の対象とならない方は、ひとり親家庭等認定調査も記入してください。その場合は添付書類は省略できませんので、戸籍謄本などの書類は全て添付してください。

【お問合せ・送付先】  
 住所: 〒252-5277  
 中央区中央2-11-15 市役所本館4階  
 子育て給付課 医療給付班  
 電話: 042-704-8908 ファックス: 042-759-4395