ひとり親家庭等福祉医療費　受給資格　認定申請書

＜ひとり親家庭等の母または父＞

	氏　　名	生年月日	申請者との同居・別居	個人番号
	フリガナ	年　月　日	□ 同居　□ 別居 別居地： 理由：	市処理欄　課・初

＜お子さんの状況＞

1	フリガナ	年　月　日	□ 同居　□ 別居 別居地： 理由：	市処理欄　課・初
2	フリガナ	年　月　日	□ 同居　□ 別居 別居地： 理由：	市処理欄　課・初
3	フリガナ	年　月　日	□ 同居　□ 別居 別居地： 理由：	市処理欄　課・初

ひとり親家庭等となった理由	死別　・　離婚　・　行方不明　・　遺棄　・　拘禁　・　配偶者の障害　・　両親の死亡　・　両親の行方不明 その他（　　）

発生年月日	父の氏名	母の氏名
年　月　日		

＜申請者＞（ひとり親家庭等の母または父、保護者）

諫早市長　様　　（申請日）　年　月　日

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	―　―
住所	（建物名等）	続柄	ひとり親家庭等の母または父から見て

諫早市使用欄

添　付　書　類	事　由
□健康保険証の写し　□委任状 □口座（通帳等）の写し　□福祉医療所得状況届 □同一住所地の居住者等に係る申立書 □マイナンバー利用同意書　□養育証明書 □母子家庭の母または父子家庭の父であることの申立書及び証明書 □寡婦等であることの申立書及び証明書 □在学証明書　□その他（　　）	□認定　□転入　□親・子の継続　□生保廃止 □その他（　　） 認定年月日　年　月　日
児扶手：有・無　証書番号	決　定 1　適当と認められたので受給者証を交付する。 2　次の理由により申請を却下する。 □所得制限該当のため □その他（　　） 決定年月日　年　月　日
備　考 窓口交付（　.　.　）	