

ひとり親の母(または父)

郵送での申請の場合は、申請書、支給対象者全員分の保険証のコピー、口座
がわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)のコピーを郵送ください。

①対象となる母(または父)を記入してください

③本人が受給者となります

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書

支給対象者		申請者(受給者)	
フリガナ	イサハヤ ハナコ	フリガナ	イサハヤ ハナコ
氏名	諫早花子	氏名	諫早花子
生年月日	大正・昭和(平)・令和 元年 7月 7日(年齢 33歳)	生年月日	大正・昭和(平)・令和 元年 7月 7日
住所	申請者の住所と同じ	住所	申請者の住所と同じ
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	個人番号	

②個人番号(マイナンバー)を記入してください

④児童扶養手当受給の場合は記入してください

児童扶養手当	児童扶養手当 監護する20歳未満の子の氏名(生年月日・年齢)	児童扶養手当	証書記号・番号
号第	諫早 一郎 (平成 年 月 日生 歳)	第	第 20009999 号
・内部・知的・精神	(平成・令和 年 月 日生 歳)		
	(平成・令和 年 月 日生 歳)		

⑥母(または父)の氏名で署名してください

⑤加入保険の内容を記入してください

加入保険の名称	国民健康保険	被保険者証記号	い	番号	112233
被保険者氏名	諫早花子	被保険者証の発行機関	420042	加入日年月日	(平)・令和 30年 1月 1日
支給対象者の氏名	本人	保険者番号	諫早市		

申請者 住所 諫早市
東小路町7番1号
氏名 諫早花子
電話番号 090-222-3333

委任状(諫早市国民健康保険被保険者の申請にかかの方のみ)
私は、福祉医療費に充当するため、諫早市長を委任者と定め、私が加入保険者か
申請及び受給に関する一切の権限を委任します。
委任者 (被保険者) 住所 諫早市
氏名

振込先	銀行名	コード	支店名	市役所	コード	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	諫早		銀行・信用金庫・農協	本店		支店・出張所								

受給者証	認定	令和 年 月 日から有効	出生・転入・手続取得・給付・見込認定・その他	更新
------	----	--------------	------------------------	----

⑦母(または父)名義の口座を記入してください