

記入例

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 イサハヤ ハナコ 諫早 花子	令和 ○年 ○月 ○日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 イサハヤ タロウ 諫早 一郎	平成 △年 △月 △日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地： 理由：	市処理欄 課・初
2	フリガナ イサハヤ ジロウ 諫早 二郎	令和 □年 □月 □日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居地：	市処理欄 課・初
3	フリガナ			市処理欄 課・初

対象者の氏名・生年月日・住所を記入してください

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
平成 ×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) 令和 ○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	イサハヤ ハナコ	生年月日	平成 △年 △月 △日
署名		個人番号	
氏名		電話番号	- -
住所	諫早市東小路町7番1号		ひとり親家庭等の母または父から見て
	(建物名等)		

申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください

諫早市使用欄

<input type="checkbox"/> 保険の資格が確認できるもの	<input type="checkbox"/> 口座(通帳等)の写し	<input type="checkbox"/> 福祉医療所得状況届	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 同一住所地の居住者等に係る申立書			

申請に必要なもの

・対象者全員分の保険の資格が確認できるもの(以下①~④のいずれか)

- ①従来の健康保険証(令和6年12月2日以降は新規発行されません)
- ②健康保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格情報通知書」
- ③健康保険の保険者から交付された「資格確認書」
- ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」