

(記入例)

資格申請書

ひとり親家庭

受給者	氏名	生年月日	受給者番号	
	周南 花子	S55. 1. 1	0008200010	
	周南 姫子	H17. 3. 3	0008200021	
	周南 太郎	H18. 5. 5	0008200032	
加入	被保険者	氏名	周南 花子	
		住所	周南市岐山通1丁目1番地	
医療	保険種別	① 2 3 4 5 6 7 8 9	国保 国組 協会 日雇 組合 船員 共済 他国 後期	
	記号番号	山 5 9 123456789		
保険	被保険者証発行機関名	周南市		
	所在地	山口県周南市岐山通1丁目1番地		
理由	平成18年12月31日	1. 母子又は父子だけの世帯扶養義務者有り		
	死亡・婚姻解消・転入・その他 ()	②		
記のとおり福祉医療費受給者証の交付・更新を申請します。 周南 桃子 (母)				
また、次のことについて同意します。				
1 福祉医療費受給者証交付要件確認のため、受給者の父母の課税状況を調査すること。				
2 福祉医療費受給資格該当期間中、高額療養費の受給権が発生した場合、その申請及び受領について市長に委任すること。				
令和元年 6月 15日				
(宛先) 周南市長				
申請者		住所	周南市岐山通1丁目1番地 (TEL0834-22-8460)	
		氏名	周南 花子 (周南)	

保険証の種別を○で
囲んでください

現在の世帯状況を
○で囲んでください

上記【②扶養義務者有り】の人は、
同居の父母や祖父母の氏名と続柄
を記入してください(課税額判定者
となります)

ひとり親家庭となった日にちと事由を記入してください。
（昨年のおり）でかまいません。

※この福祉医療費受給者証更新申請書の「加入医療保険」には、登録されている健康保険証の内容を記載しています。

現在加入の健康保険証が、記載されている健康保険証から変更になっている場合は、線で消して、余白に現在加入の健康保険証内容を記入してください。

※受給者全員の保険証のコピーを裏面に貼り付けてください。