

受給者番号	
-------	--

母子・父子家庭医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

豊明市長 殿

〈申請者〉 住 所
 氏 名 電話

次のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の交付・更新を申請します。
 なお、申請にあたり、個人情報の保護に関する法律第69条第2項の規定に基づき、課税台帳、戸籍に記載された個人情報の収集に同意します。

受給者	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日					
加入医療保険	保 険 の 種 類		被保険者証	記 号		
	被 保 険 者 (保険に入っている人の氏名)			番 号		
保険者	名 称					
対象者の状況	氏 名	生 年 月 日	受給者番号	受給有無	職 業 ・ 学 校 名	
該当理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡 ・ 離婚 ・ 生死不明 ・ 遺棄 ・ 海外 ・ 精神身体の障害 ・ 拘禁 ・ 未婚の母等 ・ 父母のいない児童 					
備考						

◎加入保険が母・父と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。