

その2 ひとり親家庭等医療費助成資格認定申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 金沢市長

申請者住所 金沢市広坂〇丁目〇番〇号

○をつけてください。

(母・父・養育者)氏名 金沢 花子

TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

医療費助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな氏名	申請者の続柄	生年月日	勤務先又は学校の名称等	勤務先のTEL
	児童	かなざわ はなこ 金沢 花子	本人	S〇〇年〇月〇日	〇〇〇
たろう 太郎		子	H〇年〇月〇日	〇中学校	
じろう 次郎		子	H〇年〇月〇日	〇小学校	

加入健康保険	被保険者氏名	金沢 花子	申請者の続柄	本人	住所	同上	
	保険種類	国保・協健・組保・日船共済 保 健 合 雇 員 済		記号・番号	xxx xxxx	付加給付の有無	有・無
	保険者の名称						

父または母とお子さんの、保険証のコピーを添付してください。添付があれば、記入不要です。

わかる場合は、○をつけてください。

(宛先) 金沢市長
医療費の助成資格の認定に必要な税関関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

申請者	住所	金沢市広坂〇丁目〇番〇号	
	氏名	金沢 花子 (署名又は記名押印)	

配偶者	住所	
	氏名	

配偶者・扶養義務者がいる場合は、こちらにも記入してください。扶養義務者とは、申請者と同一住所の、生計を同じくする、直系血族及び兄弟姉妹の中で、所得の最も多い方になります。

扶養義務者	住所	
	氏名	

申請事由	1 離婚 2 死亡 3 障害 4 生死不明 5 遺棄 6 海外 7 拘禁 8 未婚の親 9 その他 () 10 父母のいない児童	児童扶養手当受給の有無
	事由発祥年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	有 (No. 〇〇〇〇〇〇) ・ 無

金沢

捨印を押してください。

該当する事由に○をし、ひとり親等になった年月日を記入してください。

児童扶養手当の受給の有無と、番号を記入してください。