

本人確認			
身分証	写真有	本人 確認証	免・マ・パ・他()
	写真無		資・こ医・他()

ひとり親家庭等医療費受給者資格認定（受給者証更新）申請書

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府 中 市
申 請 者 (居住地)
氏 名
電話番号

次のとおり認定（更新）申請します。
資格の認定（更新）の審査のため、住民票、戸籍及び市県民税課税台帳等の内容について公簿等により確認することに同意します。また、府中市長が必要と認める場合は、地方税関係情報及び加入保険情報をマイナンバー制度による情報連携を利用して確認することに同意します。
なお、生計を一にする次の世帯員についてもこれらの内容を確認することについて同意を得ています。

世帯 の 状 況	ひとり親家庭等医療 （更新） 該当・非該当の別	氏 名 （ 個 人 番 号 ）	性 別	生年月日	続 柄	勤務先又は 在学学校名及び学年	所得の状況
	該当・非該当	()		年 月 日			課税・非課税
	該当・非該当	()		年 月 日			課税・非課税
	該当・非該当	()		年 月 日			課税・非課税
	該当・非該当	()		年 月 日			課税・非課税
	該当・非該当	()		年 月 日			課税・非課税
同意者	※府中市外に（ ）年1月1日以前に住所を有していた場合に記入 氏名（署名） （ ）年1月1日の住所						
申請事由							
児童扶養手当又は 公的年金受給状況		受けている（名称 記号番号） 受けていない					
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号		保 険 者		所 在 地		附加給付の状況

受付年月日		受給資格	有 ・ 無
受給者証番号		発行年月日	
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		