

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 印
 電話番号

次のとおり申請します。

また、府中市ひとり親家庭等医療費支給条例に基づく資格の認定及び更新時に、住民票、戸籍及び市県民税課税台帳の内容を確認することに同意します。

なお、これらの内容を確認することについては、生計を一にする次の世帯員の同意を得ています。

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 在学名及び学年	所得の状況
	該当・非該当	()					課税・非課税
	該当・非該当	()					課税・非課税
	該当・非該当	()					課税・非課税
	該当・非該当	()					課税・非課税
	該当・非該当	()					課税・非課税
申 請 事 由							
公的年金又は児童扶養手当受給状況			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		