

第2号様式(第3条、第4条関係)

母子家庭等医療費受給者証 (交付・更新) 申請書							
						年 月 日	
蒲 郡 市 長 殿							
住所 申請者 氏名 電話 ( )							
次のとおり母子家庭等医療費受給者証の(交付・更新)を申請します。 また、当該申請(更新)にあたり、子の生活費の一部を負担し、現に扶養していることを申し立てます。 なお、母子家庭等医療費受給者証の交付又は更新に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること、並びに保険者から直接高額療養費が支払われた場合、蒲郡市に当該金額を返還することに同意します。							
受給(資格)者	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	区分	フリ 氏	が な 名	生 年 月 日	申請者との 続柄	個人番号	※ 受給者番号
	母・父	.....		年 月 日			
	児	.....		年 月 日			
		.....		年 月 日			
童	.....		年 月 日				
保険の加入状況	被保険者		住 所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	氏 名		母・父又は児童との続柄( )			年 月 日生	
	記号・番号		記号		番号		枝番
	保険者の名称		保険者番号			資格取得年月日	
	保険者の住所					附加給付	有・無
母子家庭等となった理由		1 死亡 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 重度の障害 7 拘禁 8 未婚の母等 9 父母のいない児童					
養育費に関する申告		以下のとおり相違ありません。 年1月から12月までの1年間に受け取った養育費(1年間の合計額)					
		受取人	養育費の額		受取状況等(例:月〇万円、〇か月分)		
		母又は父	円				
		児童	円				
		計		円			
※	確認公簿等名	1 戸籍謄本 2 その他( )			印	受給資格認定	適・否 年 月 日
	取得理由	1 資格取得 2 転入 3 子ども医療資格喪失 4 保険取得 5 障害者医療資格喪失 6 所得制限解除 7 生保等廃止					

※の欄は記入しないでください。