

大網白里市ひとり親家庭等医療費等助成受給券交付申請書

大網白里市長

令和 年 月 日

申請者	フリガナ		電話番号	— —	
	氏名		個人番号		
	住所	大網白里市		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	前年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)		今年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)
対象児童	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日	
	氏名		個人番号		
		住所	同居 別居(住所:)	障がい	有・無
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日	
	氏名		個人番号		
		住所	同居 別居(住所:)	障がい	有・無
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日	
	氏名		個人番号		
		住所	同居 別居(住所:)	障がい	有・無
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日	
	氏名		個人番号		
		住所	同居 別居(住所:)	障がい	有・無
扶養義務者等	氏名		続柄		個人番号
					生年月日
	前年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)		今年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)
	氏名		続柄		個人番号
					生年月日
前年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)		今年1月1日の住所	市内・市外(市町村名:)	

生活保護	受給中・無・申請中		年金	受給中(年金)・無・申請中(年金)	
健康保険	<input type="checkbox"/> 保険証のコピーを添付				
振込先口座	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当と同じ(以下記入不要)				
	銀行・金庫 組合・農協		支店コード		支店 支所
	口座番号		普通	名義 (カタカナ)	

ひとり親家庭等医療費等助成を受けたいので、上記のとおり申請します。

また次のとおり同意します。

- ・私(申請者)と扶養義務者は、ひとり親家庭等医療費等の助成を受けることができる期間において、住民基本台帳、戸籍、所得状況、市民税課税状況、健康保険情報、生活保護受給の有無等の審査に必要な情報を取得されることについて、同意します。
- ・私(申請者)は、ひとり親家庭等医療費等の助成を受けることができる期間において、助成対象者の医療費の支払により高額療養費や附加給付金を保険者から受領した場合に、過払い相当額を大網白里市へ支払うことについて同意します。
- ・国民健康保険の加入期間は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。

令和 年 月 日

申請者: _____

扶養義務者等: _____

扶養義務者等: _____