

受給者番号	
-------	--

母子・父子家庭医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

豊明市長殿

〈申請者〉 住所

氏名 電話

次のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の交付・更新を申請します。
 なお、申請にあたり、豊明市個人情報保護条例第10条第2項の規定に基づき、課税台帳、戸籍に記載された個人情報収集に同意します。

受給者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年	月	日			
加入医療保険	保険の種類				被保険者証	記号	
	被保険者 (保険に入っている人の氏名)					番号	
保険者	名称						
対象者の状況	氏名	生年月日	受給者番号	受給有無	職業・学校名		
		. .					
		. .					
		. .					
		. .					
		. .					
		. .					
該当理由	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡 ・海外 ・未婚の母等 ・離婚 ・精神身体の障害 ・父母のいない児童 ・生死不明 ・遺棄 ・拘禁 						
備考							

◎加入保険が母・父と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。