

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。
申請にあたり、課税台帳、養育費にかかる申告書及び戸籍に記載された個人情報の収集に同意します。また、高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集、利用及び提供(※)に同意します。なお、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、豊明市が受給権を取得することに同意します。

受給者	個人番号					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日					
加入医療保険	保険の種類		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	個人番号	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 ・離婚 ・生死不明 ・遺棄 ・海外 ・精神身体の障害 ・拘禁 ・未婚の母等 ・父母のいない児童 					
備考						

※ 当該個人情報が、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第9条第2項及び豊明市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例(平成27年豊明市条例第26号)第4条第1項の規定に基づく利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。

◎ 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。