

富士市ひとり親家庭等医療費助成金
受給者証交付・更新申請書

窓口に提出する日

令和4年 月 日

申請者住所 富士市永田町1-100 ○○アパ -102

氏名 富士 花子

(あて先) 富士市長

電話 51-0123 携帯 090-1234-1234

携帯電話の番号も記入

次のとおりひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付・更新を申請します。

なお、受給資格審査のため、富士市が税務情報その他助成金の申請に必要な情報を調査することについて同意します。

氏名		性別	住所	生年月日	続柄	備考
申請者記入欄	富士 花子 個人番号 (0000 0000 0000)	女	富士市永田町1-100 ○○アパ -102	S□.□.□	本人	
	富士 一郎 個人番号 (0000 0000 0000)	男	"	H□.□.□	子	
	富士 三郎 個人番号 (0000 0000 0000)	男	"	H□.□.□	子	
	富士 二郎 個人番号 (0000 0000 0000)	男	静岡市駿河区△△123	H□.□.□	子	大学在学中
	個人番号 ()					
扶養義務者	吉原 太郎 個人番号 (0000 0000 0000)	男	富士市吉原1-100	S□.□.□	父	
	吉原 吉子 個人番号 (0000 0000 0000)	女	富士市吉原1-100	S□.□.□	母	
加入医療保険	記号	543Z1000	番号	123	保険証を見て記入	
	保険者番号	012Z0011	保険者名	全国健康保険協会 静岡支部		
	勤務先	◇◇株式会社	現在の勤務先について記入 無職の場合は「無職」と記入	電話	51-0000	
	勤務先の所在地	富士市永田北町111	付加給付の有無			
	加入者名	富士 花子	有・無			
医療費の振込先となる申請者名義の口座を記入	希望金融機関	金融機関名	支店名	口座番号	口座種別	口座名義人(カタカナで記入)
		○○銀行	○△支店	0123456	普通	フジ ハナコ
ひとり親家庭等の区分	① 母子家庭 2 父子家庭 3 父母のいない児童 該当するものに○					
ひとり親家庭等になった理由	1 死別 ② 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 障害 7 拘禁 8 未婚の母・父 9 その他 ()					

子育て給付課入力欄	所得	本人・扶養義務者 ()	受付日	
	ここは記入不要です。			