

太枠内を記入してください

ひとり親家庭等医療費受給者証更新申請書

(宛先) 府中町長

次のとおり申請します。なお、ひとり親家庭等医療費補助の更新に際して、府中町長が必要と認める場合は、私、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の住民基本台帳の確認及び所得等の状況を調査のうえ、利用されることに同意します。また、他の制度の受給状況など必要な情報を公簿等により確認されることに同意します。このことについて、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。さらに、ひとり親家庭等医療費補助の更新に際して、府中町長が必要と認める場合は、個人番号により所得等の状況、加入医療保険情報を確認することに同意します。

令和 年 月 日

受付確認年月日	申請者
	住 所 府中町
	氏 名
	電話番号 () -

※住民票上
ではなく一緒に
住んでいる
又は生計同
一者全員の
氏名を記入

世帯 の 状 況	ひとり親家庭 等医療費助成 対象 該当・ 非該当の別	氏 名	性別	生年月日	続柄	個 人 番 号	() 年 1 月 1 日の住所地	所得税の状況
	該当・非該当		男・女		本人		☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税
	該当・非該当		男・女				☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税
	該当・非該当		男・女				☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税
	該当・非該当		男・女				☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税
	該当・非該当		男・女				☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税
	該当・非該当		男・女				☐ 府中町内 ☐ 府中町外 ()	課税・非課税

※該当する
ところを○でか
こみ番号を記入

申 請 事 由	更新のため					
公 的 年 金 又 は 児 童 扶 養 手 当 受 給 状 況	受けている 受けていない	・ 児童扶養手当 ・ 年金 証書番号				
加入医療保険	☐ 別添のとおり	マイナ保険証	有 ・ 無	受 給 資 格	有 ・ 無	

※申請書の提出の際は、受給資格者全員（申請者本人及び対象児童）のマイナ保険証の提示又は資格確認証の写しを添付してください。
※児童の健全な育成および児童虐待未然防止など予防的支援のため、本申請に伴う受給資格情報を利用します。
なお、その他の目的外の利用はいたしません。