

母子・父子家庭等医療費受給者証交付・更新申請書兼母子・父子家庭等医療費受給資格等変更・喪失届出書

新規
変更
喪失

*該当するものを
○で囲む



受給者番号
805-
805-
805-
805-

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

住所 瀬戸市

申請者
(受給資格者)
(転出は新住所)

氏名 父・母

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

電話 (0561) -

携帯 () - 本人 記入者 その他

記入者

(記入者が受給資格者の場合は記入不要)

氏名

続柄

私は、母子・父子家庭等医療費助成の受給資格について、瀬戸市長が公簿を確認することに同意します。
また、保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意し、下記のとおり申請（届出）します。

新規	申請事由 (□にレ印)	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 精神身体の障害 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 未婚の女子で父がいない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 父母死亡 <input type="checkbox"/> その他 () (年 月 日離婚・死亡・)		
	変更事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 市内転居		
喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 婚姻 (母子家庭等でなくなった) <input type="checkbox"/> 所得判定 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 () (年 月 日転出・開始・死亡・婚姻・到達・)		
区分	母または父	児 童		
受給者番号	805-	805-	805-	805-
個人番号				
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
生年月日		H・R 年 月 日-	H・R 年 月 日-	H・R 年 月 日-
申請者との続柄	本人	(続柄)	(続柄)	(続柄)
異動年月日	年 月 日 取得・変更・喪失			
証有効期限	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで

年度所得金額 円 夫の扶養

受給者証	<input type="checkbox"/> 窓口で交付済 (年 月 日)	受付	審査	入力	点検
	<input type="checkbox"/> 未交付 郵送 (年 月 日発送済) 年 月 日回収・後日郵送予定				

※新規・変更は『被保険者(又は組合員)加入資格の確認ができる書類の写し』を必ず裏面に添付してください。

令 6.12 改