ひとり親家庭医療証交付（更新）申請書

令和　　年　　月　　日

泉南市長あて

申請者住　所

氏　名

電　話

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。

申請理由	1．ひとり親家庭該当　2．転　　入　　　3．保険変更 4．生保廃止　　　5．所得制限非該当　6．その他（　　　　　　）

対象者	居住地		泉南市					
	①父母又は養育者	ふりがな 氏名		生年月日	S・H ・　・	男 女	児童扶養手当受給の有無	有・無
		個人番号						
	②児童	ふりがな 氏名		生年月日	H・R ・　・	男 女	①　の続柄	
		個人番号						
		ふりがな 氏名		生年月日	H・R ・　・	男 女	①　の続柄	
		個人番号						
		ふりがな 氏名		生年月日	H・R ・　・	男 女	①　の続柄	
		個人番号						
		ふりがな 氏名		生年月日	H・R ・　・	男 女	①　の続柄	
		個人番号						

加入医療保険	被保険者等	住　所				
		氏　名			①との続柄	
	保険種別		協・組・日・船・共・国・後		附加給付	有・無
	記号番号					
	発行機関	所在地				
		名　称		保険者番号		
児童扶養手当証明書の番号						

泉南市がひとり親家庭の医療費の助成制度の事務手続きを処理するために、個人番号を通じて地方税関係情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	S・H　　　・　　　・
	住　　所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	S・H　　　・　　　・
	住　　所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	S・H　　　・　　　・
	住　　所	□申請者と同居