

ひとり親家庭等医療費等助成資格調書

年 月 日

住所  
申請者 氏名 (印)  
電話 ( )

家族構成	※対象・対象外の別	氏名	生年月日	申請者との続柄	個人情報確認承諾(印)
		個人番号		本人	
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
加入医療保険の状況	被保険者名				
	住所	八街市			
	加入医療保険の名称	記号番号			
	保険者名				
	所在地				
	交付年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日	
生活保護受給状況		<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
※ 所得の適否		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 支所 出張所
	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号			
		名義人			

- 注1 個人情報確認承諾の欄に押印した者については、ひとり親家庭医療費助成担当課が所得情報及び医療費助成に必要な個人情報について助成の対象期間に限り調査確認することを承諾したものとします。
- 2 該当年の1月1日において、本市に住民登録のない者及び対象年度の所得に関する申告を行っていない者は、世帯の課税状況を証明する書類の添付が必要です。
- 3 ※印の項目については、記入しないでください。