様式第1号

熊本市ひとり親家庭等医療費助成

熊本市長 宛

・□ 受給資格認定（世帯／個人）申請書　・□ 資格者証再交付申請書
・□ 変更（保険証／口座／その他）届出書　・□ 資格喪失（世帯／個人）届出書
申請・届出理由［　　］

管轄区:	区
受付区:	区
（担当者	）

年　月　日	資格者証番号	-	福祉番号

※太わく内をご記入ください。

申請者					
住所	〒（　－　） 熊本市　区		〒（　－　）※転居前の住所	個人番号	
				寡婦(夫)控除・特別寡婦控除適用の者 みなし（　寡　・　特寡　）※養育者・扶養義務者に限る	
氏名	印	TEL 自宅	※変更前の氏名	対象者氏名	
		携帯			

窓口交付
有　・　無
発送日　AM 年　月　日 PM

下記のとおり申請します。なお、受給資格の有無・所得に関して公簿で確認及び調査されることに同意します。

	コード	支店名	コード	種別	口座番号	口座名義人（カナ）
銀行		支店		1		

扶養義務者氏名	続柄	生年月日	個人番号
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

あなたが前年中に受けた児童の父または母からの養育費等の金額

万　円

1	フリガナ	続柄		保険種別		保険者番号		記号・番号		被保険者氏名		受給資格者と同一					
	氏名	同居・別居		本・扶 1 2		保険取得日	年　月　日	保険喪失日	年　月　日	停止事由		停止期間	年　月　日	年　月　日			
	年　月　日	受給者番号		取得事由		資格取得日	年　月　日	喪失事由		資格喪失日	年　月　日	有効期限	年　月　日	個人番号			
2	フリガナ	続柄		保険種別		保険者番号		記号・番号		被保険者氏名		受給資格者と同一					
	氏名	同居・別居		本・扶 1 2		保険取得日	年　月　日	保険喪失日	年　月　日	停止事由		停止期間	年　月　日	年　月　日			
	年　月　日	受給者番号		取得事由		資格取得日	年　月　日	喪失事由		資格喪失日	年　月　日	有効期限	年　月　日	個人番号			
3	フリガナ	続柄		保険種別		保険者番号		記号・番号		被保険者氏名		受給資格者と同一					
	氏名	同居・別居		本・扶 1 2		保険取得日	年　月　日	保険喪失日	年　月　日	停止事由		停止期間	年　月　日	年　月　日			
	年　月　日	受給者番号		取得事由		資格取得日	年　月　日	喪失事由		資格喪失日	年　月　日	有効期限	年　月　日	個人番号			
4	フリガナ	続柄		保険種別		保険者番号		記号・番号		被保険者氏名		受給資格者と同一					
	氏名	同居・別居		本・扶 1 2		保険取得日	年　月　日	保険喪失日	年　月　日	停止事由		停止期間	年　月　日	年　月　日			
	年　月　日	受給者番号		取得事由		資格取得日	年　月　日	喪失事由		資格喪失日	年　月　日	有効期限	年　月　日	個人番号			

《取得事由》	
離婚	01
死亡	02
父（母）障がい	03
生死不明	04
遺棄	05
拘禁	06
未婚	07
その他	99

《喪失事由》	
死亡（受給者）	01
死亡（児童）	02
市外転出	10
施設入所	11
ひとり親家庭等でなくなった	21
被扶養者でなくなった	22
生活保護受給者	30
重心該当	31
在留期限切れ	32
年齢到達（20歳）	40
年齢到達	41
職権削除	98
その他	99

《停止事由》	
保険資格なし	02
一時施設入所	03
重心該当者	04
その他	99

《保険種別》	
国民健康保険	A
退職者国保	A
政府管掌保険	B
共済組合保険	C
組合健康保険	D
日雇健康保険	E
船員健康保険	F
国保組合	G
歯科医師国保	G
医師国保	H

熊本市ひとり親家庭等医療費助成規則に基づき給付されるひとり親家庭等医療費助成金の請求を、熊本市子ども支援課長に委任します
また、その助成金を上記の私名義の預金口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

氏名　　印

入力	審査2	審査1