

# 認定申請

## ひとり親家庭等医療費助成

- 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(保険情報/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 [ \_\_\_\_\_ ]

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			個人番号	_____
	氏名	自宅	_____			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
		携帯	_____			
Tel		_____			対象者氏名	_____

管轄区:	区
受付区:	区
(担当者)	
窓口交付	
有・無	
発送日	AM
年 月 日	PM

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
-------	---	-------	---

フリガナ	続柄	
氏名	同居・別居	
生年月日	年 月 日	個人番号

保険種別	保険者番号	記号・番号
本・扶1・2	被保険者氏名	受給資格者 と同一
保険喪失日	年 月 日	停止事由
		停止期間
		年 月 日 ~ 年 月 日

取得事由	資格取得日	年 月
喪失事由	資格喪失日	年 月
有効期限	年 月	

**保険の情報については、資格確認証またはマイナポータルをご確認のうえ、ご記入ください。**

《取得事由》
01
02
03
04
05
06
07
09

フリガナ	続柄	
氏名	同居・別居	
生年月日	年 月 日	個人番号

保険種別	保険者番号	記号・番号
本・扶1・2	被保険者氏名	受給資格者 と同一
保険喪失日	年 月 日	停止事由
		停止期間
		年 月 日 ~ 年 月 日

取得事由	資格取得日	年 月
喪失事由	資格喪失日	年 月
有効期限	年 月	

《喪失事由》
01
02
10
11
21
22
30
31
32
40
41
98
99

フリガナ	続柄	
氏名	同居・別居	
生年月日	年 月 日	個人番号

保険種別	保険者番号	記号・番号
本・扶1・2	被保険者氏名	受給資格者 と同一
保険喪失日	年 月 日	停止事由
		停止期間
		年 月 日 ~ 年 月 日

取得事由	資格取得日	年 月
喪失事由	資格喪失日	年 月
有効期限	年 月	

《停止事由》
02
03
04
99

フリガナ	続柄	
氏名	同居・別居	
生年月日	年 月 日	個人番号

保険種別	保険者番号	記号・番号
本・扶1・2	被保険者氏名	受給資格者 と同一
保険喪失日	年 月 日	停止事由
		停止期間
		年 月 日 ~ 年 月 日

取得事由	資格取得日	年 月
喪失事由	資格喪失日	年 月
有効期限	年	

**忘れずにご記入ください。**

《保険種別》
A
A
B
C
D
E
F
G
G
H

上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。

また、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、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	_____
----	-------

入力	審査2	審査1