ひとり親家庭医療医療証　交付・更新　申請書

年　　月　　日

（あて先）寝屋川市長

申請者 住　所 寝屋川市

氏　名

電　話　　－　　－

下記のとおり、ひとり親家庭医療医療証の（交付・更新）を申請します。
また、医療証の職権更新について承諾します。

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						
	①父・母又は養育者	フリガナ 氏名		生年月日	・　・　・	児童扶養手当の受給	有・無
	② 児童	フリガナ 氏名		生年月日	・　・　・	①との続柄	
		フリガナ 氏名		生年月日	・　・　・	①との続柄	
		フリガナ 氏名		生年月日	・　・　・	①との続柄	
		フリガナ 氏名		生年月日	・　・　・	①との続柄	
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			付加給付	有・無
	記号・番号			加入保険　資格取得日／交付日			
	発行機関	所在地		被保険者	年　月　日 年　月　日		
		名称		児童	年　月　日		

同　意　書

寝屋川市ひとり親家庭医療医療証の（交付・更新）に関し、事務手続きを処理するために限り、地方税法関係情報について取得することに同意します。

同意者　住　所

氏　名

生年月日

児童扶養手当証書番号		
医療証番号	認定日	
	医療証の有効期間	から　　まで

（注）児童扶養手当の支給を受けていない方は、別紙1及び別紙2の書類を提出して下さい。