

母子及び父子家庭医療費〔 受給者証交付(再交付・更新)申請書 受給資格等新規・変更・喪失届 〕

		新 規 (変 更 ・ 喪 失)										備 考		事 由	
親	(ふりがな)											受給者番号	1 新 規 ☐ 母子及び父子家庭となった ☐ 転入 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .)		
	氏 名	(年 月 日生)													
	個人番号														
児童	(ふりがな)											受給者番号	【所得確認】 ☐ 児童扶養手当認定済み (. .) ☐ 母又は父の所得、制限内		
	氏 名	(年 月 日生)													
	個人番号														
	(ふりがな)											受給者番号			
	氏 名	(年 月 日生)													
	個人番号														
	(ふりがな)											受給者番号			
	氏 名	(年 月 日生)													
個人番号															
住 所	東郷町										〔 下記住所に同じ 〕		2 変 更 ☐ 氏名の変更 ☐ 転居 ☐ 医療保険の変更 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .) 3 喪 失 ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 結婚 ☐ 義務教育終了 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .) 4 再交付 ☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 再交付年月日 (. .)		
医 療 保 険 の加入状況	(被保険者等の氏名)										〔 別紙 保険証写し 参照 〕				
	続柄()														
	(被保険者等の個人番号)														
	(被保険者等記号・番号)														
	(保険者の名称)														
保険者番号()															
(保険者の所在地)															
区 分	1 死亡 6 配偶者の障がい 2 離婚 7 拘禁 3 生死不明 8 未婚の母又は父 4 遺棄 9 父母のいない児童 5 海外														

上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。
 なお、受給資格認定について、医療保険の加入状況や私の所得等の状況について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)の確認をすることに同意します。

年 月 日 住 所 東郷町 _____
 氏 名 _____
 東 郷 町 長 殿 電話番号 _____ (自 宅 ・ 携 帯)

備考 該当する□の中にレ点をつけてください。

処理確認者	
-------	--