

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

新規  
更新

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) -	申請者の氏名  扶養者との続柄 ( )

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第3条第1項の規定により、受給者証の交付を申請します。  
 なお、同条例第2条に係る調査（世帯状況、課税状況、医療保険資格情報、生活保護受給の有無等）を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。

対象者	扶養者 (母、父又は は児童の扶 養者)	住所 フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話 -	生年月日	
		フリガナ			年 月 日	
		フリガナ	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		年 月 日
	児童① 扶養者との続柄 ( )	フリガナ	氏名			生年月日
		フリガナ	氏名			年 月 日
	児童② 扶養者との続柄 ( )	フリガナ	氏名			生年月日
	フリガナ	氏名			年 月 日	
児童③ 扶養者との続柄 ( )	フリガナ	氏名			生年月日	
	フリガナ	氏名			年 月 日	
児童④ 扶養者との続柄 ( )	フリガナ	氏名			生年月日	
	フリガナ	氏名			年 月 日	

ひとり親家庭等になつた事情	<input type="checkbox"/> 死 別 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 離 婚 <input type="checkbox"/> 拘 禁 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 両親不在 <input type="checkbox"/> 遺 棄 <input type="checkbox"/> 重度障害※ <input type="checkbox"/> 婚姻によらない母又は父	※重度障害の配偶者の状況
	障害の程度	身体障害者手帳 ( ) 級 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B ) 判定 その他 ( )
	住所 発生年月日 年 月 日	住所 氏名 生年月日 年 月 日

主として 世帯の生計を 維持する者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話 -	生年月日
	フリガナ			年 月 日
	フリガナ	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	

上記以外で 生計を一にする者  <input type="checkbox"/> いない	住所		電話 -	続柄	生年月日
	フリガナ				年 月 日
	フリガナ	氏名			年 月 日
	フリガナ	氏名			年 月 日

生計を一にしない 同居人  <input type="checkbox"/> いない	住所		電話 -	続柄	生年月日
	フリガナ				年 月 日
	フリガナ	氏名			年 月 日
	フリガナ	氏名			年 月 日

加入医療 保険	被保険者の 住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	資格取得年月日 (扶養者)	年 月 日
	被保険者の 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	資格取得年月日 (児童①)	年 月 日
	保険者番号	扶養者との続柄 ( )	資格取得年月日 (児童②)	年 月 日
	証記号・ 番号		資格取得年月日 (児童③)	年 月 日
	証発行機関 の名称	電話 -	資格取得年月日 (児童④)	年 月 日

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	--

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
 注2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

※本市使用欄	課 長	係 長	係 員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 年 月 日			

