

前年用

京都市ひとり親家庭等医療費支給制度に係る
個人番号利用に関する申告等について

年 月 日

(あて先) 京都市長

私は、上記の京都市ひとり親家庭等医療費支給制度（以下「ひとり親医療」という。）申請に当たり、申請者、児童、配偶者又は扶養義務者についての氏名、住所、続柄、生年月日、個人番号、保険種別を申告します。

また、ひとり親医療の受給対象者（資格）の認定に必要な事項（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）に関して、公簿等で調査することに同意します。

現住所

申請(受給対象)者氏名

◆ 加入されている保険種別について該当するものに☑を記入してください。

☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ その他（ ）

◆ 受給者証の認定に必要なとなる方の氏名、生年月日、個人番号等を記入してください。

対象者の氏名及び住所 ※住所は前年1月1日時点で住民登録されていた住所を記入してください。		続柄	生年月日 個人番号										
氏名	住所 ※前年1月1日時点の住所		生年月日	年 月 日									
			個人番号										
氏名	住所 ※前年1月1日時点の住所		生年月日	年 月 日									
			個人番号										
氏名	住所 ※前年1月1日時点の住所		生年月日	年 月 日									
			個人番号										

裏面にも記入できます。

(裏面)

[illegible]