

# ひとり親福祉医療費受給者証交付等申請(届出)書

申請届出事由	受給申請	氏名変更届	再交付申請	他法該当届			
	居住地変更届	転出届	医療保険加入届	給付要件喪失届			
	転入届	死亡届	保険変更届	異動年月日 年 月 日			
	その他 ( )						
受給対象者氏名		生年月日	性別	続柄	受給者番号		
フリガナ		. .	女・男	母・父・ 養育者			
フリガナ		. .	女・男	子			
フリガナ		. .	女・男	子			
フリガナ		. .	女・男	子			
住所	電話( ) -						
(変更前・後)							
ひとり親家庭の 状況区分	遺族基礎年金		児童扶養手当		記号番号		
	母子家庭奨学金		その他		支給開始日		
再交付申請理由	破損	紛失	汚損	その他 ( )			
生活保護の状況	開始日	年 月 日	廃止日	年 月 日			
医療保険加入状況	被保険者等氏名		対象者との続柄				
	記号番号		交付日又は取得日				
	保険者番号		年 月 日				
	発行機関名						
	変更事由	発行機関の変更		世帯主の変更		事由発生日	
記号番号の変更		無保険になった		年 月 日			
<p>上記のとおり、関係書類を添えて申請・届出します。</p> <p>なお、福祉医療の受給決定を行うに際して、私に係る課税状況、医療保険加入状況及び児童扶養手当等の受給資格その他必要な事項について、宇治市及び他の行政機関に対して照会(閲覧)することに同意します。</p>							
宇治市長宛て				年 月 日			
(対象者と異なる場合のみ記入してください。)							
住所							
氏名		⑦ 続柄 ( )					
オンライン処理者			判定	該当・非該当			
証交付・回収	年 月 日		決裁	課長	係長	担当	
受領	・申請者と同じ ・受領者( )			受領印			
			通知年月日		年 月 日		

(注) 1 転入等により、所得に関する情報が宇治市にない場合は市町村民税の課税証明書等、上記の照会(閲覧)に同意されない場合は住民票、市町村民税の課税証明書等の提出が必要となります。

2 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。