

フリガナ			受給者番号	
	氏名			
住所				
電話番号				
職業				
勤務先	名称			
	所在地			
	電話番号			
生活保護の受給状況		受給している（ 年 月 日から） ・ 受給していない		
児童扶養手当の受給状況		受給している（ 年 月 日から） ・ 受給していない		
ひとり親家庭等となった理由		ア 離婚 イ 父(母)死亡 ウ 父(母)障害 エ 父(母)生死不明 オ 父(母)遺棄 カ 保護命令 キ 父(母)拘禁 ク 未婚の女子の子 ケ 父母死亡 コ その他（ ）		
振込先	受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータルの公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない			
	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	名義人氏名 (カタカナ)			
加入医療保険	名称			
	保険者番号			
	記号・番号			
	被保険者氏名			
附加給付の有無				
ジェネリック医薬品の利用		希望する ・ 希望しない		

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	居住 状況	監護・養育 を始めた日	障害 有無	対象 区分
		本人	-	-	-	対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象
個人番号			同居 別居		有・無	対象 非対象

家族の状況

鶴ヶ島市長が医療費助成金を支給するに当たり、必要な範囲内で公簿等の情報を確認することに同意し、  
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の 受給者証の交付を申請します。  
受給資格の現況を届出します。

年 月 日 氏名  
(宛先) 鶴ヶ島市長