ひとり親

ひとり親家庭医療
証交付（更新）申請書・受給資格変更（喪失）届出書

（宛先）東大阪市長

令和　　年　　月　　日

次のとおり関係書類を添えて申請・届出します。
なお、以後市民税課税台帳、住民基本台帳等の公簿により市が必要な所得額や記載内容を閲覧・確認すること、医療保険の資格について関係機関に照会することに同意します。

申請者（受給者）	氏名	フリガナ	生　年　月　日	受給者番号
			S・H　　年　　月　　日	
	住所	東大阪市 電話　　（　　）		個人番号

児童欄	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	受給者番号	該当事由	他公費情報
			H・R　年　月　日				障・子
	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	受給者番号	該当事由	他公費情報
			H・R　年　月　日				障・子
	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	受給者番号	該当事由	他公費情報
			H・R　年　月　日				障・子
	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	受給者番号	該当事由	他公費情報
			H・R　年　月　日				障・子
	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	受給者番号	該当事由	他公費情報
			H・R　年　月　日				障・子

医療費の助成に関する事務において、東大阪市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用並びに特定個人情報の利用及び提供に関する条例第３条に基づく事務手続きを処理するため、同条例別表第１に掲げる特定個人情報を確認させていただきます。

※審査欄	適用日	年　月　日	適用理由	新規　転入　保険加入　生保廃止　児扶申請　年金受給 所得解除　児童追加　その他（　　）
	喪失日	年　月　日	喪失理由	転出　死亡　生保開始　所得超過　他公費適用 児扶非該当　年齢到達　児童減少　その他（　　）
	証回収日	年　月　日	変更	保険変更　住所変更　氏名変更　更新 送付先　児扶現況　その他（　　）
	担当者処理欄			
	児童扶養手当証書番号： （父・母・養育者）			

連絡欄	担当者	入力日	受付者	受付印