

第2号様式(第3条関係)

母子・父子家庭医療費受給者証交付申請書				
清須市長 様		年 月 日		
		申請者 住所		
		氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>		
		電話番号		
次のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の交付を申請します。				
なお、受給資格認定のため、私及び私の世帯員に係る関係公簿を閲覧することに同意します。				
区 分	母 ・ 父	児 童		
住 所				
氏 名				
個人番号				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受給者証 記号・番号				
加入 医療 保険	被 保 険 者 名		記 号 ・ 番 号	
	保 険 者	名 称	保 険 者 番 号	
		所 在 地		
		資 格 取 得 年 月 日		
母子・父子家庭 となつた 理 由	1 死亡    2 離婚    3 生死不明    4 遺棄 5 海外    6 精神・身体の障害    7 拘禁 8 未婚の母等    9 父母のない児童			
養育費等 に関する申告	受取人	養育費の額	受取状況	
	母・父	円		
	児 童	円		
※ 確認公簿名等			※ 担当者	(印)
※ 受給資格認定		適 ・ 否	※ 資格認定日	年 月 日

(注) 加入保険が母・父と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。  
 養育費等に関する申告欄は、前配偶者から前年（1月から12月までの1年間）に受け取った養育費について記入してください。なお、養育費は、受給資格の判定における所得となりますので、正確に記入してください。  
 ※印の欄は、記入しないでください。