様式第1号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 藤崎町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書　　年　　月　　日　藤　崎　町　長住　所申請者　　氏　名　　　　　　　　　　　　電　話 |
| 給　　　　　付　　　　　対　　　　　　象　　　　　　者 | ふりがな |  |  |  |
| 氏名 |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　 | 年　　　月　　　日　 | 年　　　月　　　日　 |
| 続柄 |  |  |  |
| 申請者との同居・別居の別 | 同　居　・　別　居 | 同　居　・　別　居 | 同　居　・　別　居 |
| 父又は母の氏名 |  |  |  |
| ひとり親家庭等となった原因 |  |  |  |
| ひとり親家庭等となった年月日 | 年　　　月　　　日　 | 年　　　月　　　日　 | 年　　　月　　　日　 |
| 加　入　保　険 | 保険の種類 |  |  |  |
| 記号番号 |  |  |  |
| 付加給付の有無 |  |  |  |
| 保険者 |  |  |  |
| 所在地 |  |  |  |
| 個人番号※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格証交付番号 | 第　　　　　　　　　　　　号 |
| 認める　　　　　給付対象者と認める年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日給付対象者と認めない　　　　認めない理由 |

※「個人番号」欄へ給付対象者の個人番号(マイナンバー)を記入することにより、規則第４条第１号に規定する書類の添付を省略することができます。

様式第1号(第4条関係)　別紙

扶養義務者等のマイナンバー提出表

給付対象者と同一住所地に住む方の氏名と個人番号(マイナンバー)を記載してください。

※世帯分離している方を含みます。(ただし、おじ・おば・甥・姪等は除きます。)

※本書類の提出がない場合は、マイナンバー制度による情報連携ができません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 給付対象者との続柄 | マイナンバー(個人番号) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |