

ひとり親家庭等医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(宛先) かほく市長

申請者 <small>(父、母又は養育者)</small>	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	⑩	男・女	年 月 日
	住所	〒		
	個人番号			
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所			
	個人番号			
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所			
	個人番号			
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所			
	個人番号			
加入保険	被保険者名			
	保険者名称	(保険者番号)		
	記号・番号			
	認定年月日	年	月	日
	附加給付の状況	無 ・ 有 ()		
振込先	(金融機関名)	銀行 支店 農協 支所 金庫	(口座番号)	当座 普通
	(口座名義) *カタカナで			
ひとり親家庭等の事由	1. 離婚 2. 死亡 3. 障害 4. 生死不明 5. 遺棄 6. 保護命令 7. 海外 8. 拘禁 9. 未婚の親 10. その他 11. 父母のいない児童			
他公費受給の有無	有 ・ 無			

必要書類の提示を省略するときは、かほく市が、公簿等（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規定する情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携を含む。）により当該書類等の内容を確認することに同意します。また、かほく市が、石川県ひとり親家庭等医療費助成事業補助金の申請のために必要な範囲で公簿等により世帯の所得情報を確認することに同意します。