

母子・父子家庭医療費受給者証更新申請書																
R 年 月 日																
長久手市長 殿																
申請者 住所 長久手市																
氏名																
電話																
次のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の更新を申請し、次のことに同意します。																
1 医療費受給資格・区分等の審査（必要に応じて世帯員分含む。）のため、公簿の閲覧をすること。																
2 医療費支給のため保険者に給付内容の照会をすること。																
3 母子・父子家庭医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」（以下「高額療養費等」という。）については、長久手市長が保険者から高額療養費等を受領すること。																
4 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、長久手市に当該金額を返納すること。																
母・父	住 所											申請者との続 柄				
	氏 名						生 年 月 日									
	個 人 番 号															
	職 業 又 は 勤 務 先 名	(電話 — —)														
児 童	住 所	☐ 申請者に同じ					☐ 申請者に同じ					☐ 申請者に同じ				
	氏 名	①					②					③				
	生 年 月 日															
	個 人 番 号															
	申 請 者 と の 続 柄															
	在 学 学 校 及 び 学 年	学校 年					学校 年					学校 年				
保 険 加 入 状 況	被 保 険 者	住 所														
		氏 名														
	記 号 番 号	記 号 番 号														
	保 険 者 名 称											保 険 者 番 号				
母 子 ・ 父 子 家 庭 と な っ 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															
備 考	必 要 書 類		受 給 者 番 号				有 効 期 間									
	☐ 保険資格（親・子） ☐ 戸籍謄本（親・子） ☐ 養育費申請書 〔本人確認〕 運転免許証・個人番号カード ・その他（ ） 〔マイナンバー〕 記入（申請者・職員 ☐ 了承済） 〔確認〕 同居所者・保護者課税状況		父・母				【開始日】（R 年 月 日） ☐ 離婚日 ☐ 未婚（出生日） ☐ 死亡日 ☐ 申請月の初日 ☐ 転入日 ☐ 年齢到達 ☐ 障害診断日 ☐ その他（ ） 【至 日】 ☐ R 年10月31日 ☐ 18歳年度末期限（R 年 3月31日）									
			児童①													
			児童②													
			児童③													
受付 受付内容 確認 入力確認																