

母子・父子家庭医療費受給者証更新申請書

R 8 年 9 月 1 日

保護者様の情報を
記入してください。

申請者 住所 長久手市 岩作城の内60番地1
氏名 長久手 花子
電話 0561-56-0617

次の

1 保護者様の情報を記入してください。
2 ※個人番号（マイナンバーカードの裏に記載がある12桁の番号）は
3 新規申請時より変更がなければ記入不要）
4

ること。
付加給付」
領すること。

保護者が直接同額を支払うこと。ただし、長久手市に当該金額を返納すること。

母・父	住 所	長久手市岩作城の内60番地1			申請者との続 柄	本人
	氏 名	長久手 花子		生 年 月 日	平成〇年〇月〇日	
	個 人 番 号					
	職 業 又 は 勤 務 先 名	長久手市役所 (電話 0561 — 56 — 0617)				

児 童	住 所	☒ 申請者に同じ	☒ 申請者に同じ	☐ 申請者と同じ
	氏 名	① 長久手 太郎	② 長久手 治郎	
	生 年 月 日	平成〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	
	個 人 番 号			
	申 請 者 と の 続 柄	長男	次男	
	在 学 学 校 及 び 学 年	長久手南中学校 1 年	長久手南中学校 1 年	

母子・父子家庭医療費受給者証を
お持ちの小学生以上のお子様の情報を
記入してください。

保 険	被 保 険 者	住 所	長久手市岩作城の内60番地1		
		氏 名	長久手 花子		
		号 記 号	123	番 号	456789
	保 険 組 合 名 称	〇〇健康保険組合		保 険 者 番 号	01230123

加入している医療保険の情報を
記入してください。

該当するものに○を
してください。

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			

申請書に合わせて以下の書類を添付してください。

- ①申請書に記入してある方全員の医療保険が確認できる書類のコピー（資格確認書、マイナポータルの画面コピー等）
- ②養育費に関する申告書
※母子・父子家庭となった理由が“離婚”または“未婚の母等”のみ
- ③在留カードのコピー
※お持ちの方のみ
- ④委任状兼同意書
※保護者様の令和8年1月1日時点の住民票が長久手市外の場合

有 効 期 間	日】 (R 年 月 日)
	☐ 未婚（出生日）
	☐ 申請月の初日
	☐ 年齢到達
	診断日 ☐ その他
	()
	日】 年10月31日
	年度末期限 (R 年 3月31日)

書類送付先
長久手市役所福祉部保険医療課医療係
〒480-1196
愛知県長久手市岩作城の内60番地1
0561-56-0617（直通）