

## (様式第 1 - 2 号)

## 飯山市福祉医療費特別給付金（母子・父子家庭等）受給者証交付（新規）申請書

平成 年 月 日

飯山市長 あて

下記のとおり申請します。

なお、資格確認の為、課税資料の閲覧を承諾します。

|                                                                                                 |                                                         |          |          |     |                                     |               |                         |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|----------|-----|-------------------------------------|---------------|-------------------------|-------|--|
| ①<br>申<br>請<br>者                                                                                | 住 所                                                     |          | 飯山市（大字）  |     |                                     | 集 落 名         |                         |       |  |
|                                                                                                 | ふりがな                                                    |          |          |     |                                     | 電 話 番 号       |                         |       |  |
|                                                                                                 | 氏 名                                                     |          | ㊞        |     |                                     | 携 帯 番 号       |                         |       |  |
|                                                                                                 | 加 入<br>医 療<br>保 険                                       | 所 在 地    |          |     |                                     | 記 号           |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         | 名 称      |          |     |                                     | 番 号           |                         |       |  |
|                                                                                                 | 被保険者氏名                                                  |          |          |     |                                     | 勤 務 先 又 は 職 業 |                         |       |  |
| ②<br>受<br>給<br>対<br>象<br>者                                                                      | 氏 <sup>ふ</sup> <sup>り</sup> <sup>が</sup> <sup>な</sup> 名 |          | 生 年 月 日  |     | 性 別                                 | 続 柄           | 同居・別居                   | 職業・学年 |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | M・T<br>・ |     | 男・女                                 | 父・母           | 同・別                     |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | S・H      |     |                                     |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | M・T<br>・ |     | 男・女                                 |               | 同・別                     |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | S・H      |     |                                     |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | M・T<br>・ |     | 男・女                                 |               | 同・別                     |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | S・H      |     |                                     |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          | M・T<br>・ |     | 男・女                                 |               | 同・別                     |       |  |
|                                                                                                 |                                                         | S・H      |          |     |                                     |               |                         |       |  |
| ③ 母子・父子家庭となった事由<br>1 死亡      2 離婚      3 生死不明      4 遺棄<br>5 海外      6 廃疾      7 拘禁      8 未婚の母 |                                                         |          |          |     | ⑤振込先金融機関<br><br>支店      支所      出張所 |               |                         |       |  |
| ④事実発生年月日<br><br>年      月      日                                                                 |                                                         |          |          |     | 口座名義（カナ）                            |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     | 口 座 番 号                             |               |                         |       |  |
| ※<br>児童扶養手当一部支<br>給の所得制限の状況                                                                     |                                                         | 氏      名 | 可        | 否   | 氏      名                            | 可             | 否                       | 確 認   |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     |                                     |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     |                                     |               |                         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     |                                     |               |                         |       |  |
| ※上記のとおり認定交付・更新・却下してよろしいですか。                                                                     |                                                         |          |          |     | ※ 受 給 者 番 号                         |               |                         |       |  |
| 係                                                                                               | 母子支援                                                    | 係 長      | 課長補佐     | 課 長 | ※ 負 担 区 分                           |               | 県      ・      市         |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     | ※ 認 定 年 月 日                         |               | 平成      年      月      日 |       |  |
|                                                                                                 |                                                         |          |          |     | ※ 交 付 年 月 日                         |               | 平成      年      月      日 |       |  |

※欄は記入しないで下さい。