

(様式第1号) その2

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(更新)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、資格確認のため、課税資料の閲覧を承諾します。

① 申 請 者	住 所	飯山市			集落名		
	ふりがな				電 話		
	氏 名	Ⓜ			携 帯		
	加入医療 保 険	所在地				記 号	
		名 称				番 号	
	勤務先又は職業				電 話		
② 受 給 対 象 者	ふりがな	生年月日	性 別	続 柄	同居・別居	職業・学年	
	氏 名	昭 平 . .	男・女		同・別		
		昭 平 . .	男・女		同・別		
		昭 平 . .	男・女		同・別		
		昭 平 . .	男・女		同・別		
		昭 平 . .	男・女		同・別		
		昭 平 . .	男・女		同・別		
③ 母子・父子家庭となった事由		※児童扶養手当一部支給の所得制限の状況					
1. 死亡 2. 離婚 3. 生死不明 4. 遺棄 5. 海外 6. 廃疾 7. 拘禁 8. 未婚の母		氏 名	可	否	確認		
④ 事実発生年月日							
年 月 日							
⑤ 口座振込金融機関名			口座名義人				
支店 支所			口座番号				
※上記のとおり交付・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		

※欄は記入しないでください。