ひとり親家庭医療証　交付申請書・異動届・資格喪失届

大阪市は「ひとり親家庭医療費助成」の資格認定のために、申請者からの申し出（同意）に基づき、申請者と同居の親やきょうだい等の課税情報など公簿を閲覧します。ご家族に十分ご説明ください。

（提出先）大阪市長

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

申請者

住所	現住所	・住所の異動がない場合、こちらの欄のみ記入してください。 〒 区　　丁目　　番　　号	届出年月日：令和　年　月　日
	旧住所		連絡先：電話（自宅） 日中の連絡先
	1月1日現在	・現住所と異なる場合のみ記入してください。	

届出事由（該当する届出の□にチェックを付けてください）

資格取得	資格喪失	変更	再交付とその理由
□ ひとり親家庭該当	□ 死亡	□ 住所変更	□ 破れたため
□ 出生	□ 区間転出	□ 氏名変更	□ 汚れたため
□ 区間転入	□ 市外転出	□ 保険変更	□ 失ったため
□ 市外転入	□ 生活保護開始	□ 取得日変更	□ その他
□ 生活保護廃止・停止	□ 所得制限該当	□ 喪失日変更	（　　）
□ 所得制限解除	□ 保護者変更		

異動年月日　令和　年　月　日　　旧医療証受給者番号

扶養親族	令和　年分所得税にかかる扶養親族のうち、16歳以上19歳未満の方について記入してください。 氏名　　生年月日　・　・　　氏名　　生年月日　・　・	氏名変更の場合 変更前の氏名	
児童扶養手当給付の有無	□ 無　□ 有［番号　　］	公的年金受給の有無	□ 無　□ 有［□障がい年金　□遺族年金　□その他　　］

申請にあたっての同意事項

□ ①　大阪市が資格の認定及び医療証更新に必要な公簿（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）の閲覧・照会を行い、当申請書に補記することに同意します。

□ ②　本人以外の扶養義務者についても、必要に応じた公簿の閲覧・照会について承諾を得ています。

□ ③　資格がなくなってから医療証を使用したときは、助成額 を大阪市に返金することを誓約します。

対象者以外の扶養義務者		生年月日	続柄
	フリガナ / 氏名	大 昭 平 令　年　月　日	
	フリガナ / 氏名	大 昭 平 令　年　月　日	

こどもとの関係	フリガナ 氏	フリガナ 名	生年月日	（上記の同意事項①に同意のうえ記入）個人番号	医療証受給者番号	加入医療保険 記号	加入医療保険 番号	保険該当日	負担割合	加入医療保険の状況
□父　□母 □養育者 （　　）			昭 平 令 年　月　日			記号	番号	平 令 年　月　日	3・2・1 割	保険の種類：□ 国民健康保険　□ 社会保険　□ 後期高齢者医療
申請者との続柄 子・（　　）			平 令 年　月　日			記号	番号	平 令 年　月　日	3・2・1 割	被保険者名 保険者番号
申請者との続柄 子・（　　）			平 令 年　月　日			記号	番号	平 令 年　月　日	3・2・1 割	保険者名 療養付加給付　有　・　無

区役所記入欄

□ 本人申請　□ 代行申請（□ 委任状　□ 同一世帯家族）	本人確認書類等　□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ 旅券　□ その他（　　）		
保険資格情報の確認	□ マイナ保険証［□ マイナンバー情報連携　□ マイナポータル　□ 資格情報のお知らせ　資格情報画面］	□ 資格確認書	□ 高齢受給者証 □ 限度額適用・標準負担額減額認定証
証交付・訂正・回収状況	審査	令和　年　月　日	決裁：課長　課長代理　担当係長　係員 確認：住基等　所得　その他
□ 交付　□ 回収　［　］喪失取消 □ 引替交付　［　］異動保留 □ 訂正　［　］保留解除	□ 該当 □ 非該当　1 所得オーバー　2 その他	入力　□	