受給者番号		生計同一別世帯番号	

ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

① 申請者	氏　名		生年月日		個人番号	
	住　所				連絡先	
	勤務先				勤務先電話番号	
	生活保護の受給状況	受給 ・ 非受給	児童扶養手当の受給状況	既受給 ・ 申請中 ・ 非受給		
②ひとり親家庭等になった理由	イ 離婚　ロ（父、母）死亡　ハ（父、母）障害　ニ（父、母）生死不明　ホ（父、母）遺棄 ヘ 保護命令　ト（父、母）拘禁　チ 未婚の女子で懐胎した者　リ その他（　　）					

③ 監護している子ども	氏　名	生年月日	同居・別居の別	監護養育開始日	障害がある場合は、その内容	個人番号
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			

④ 扶養義務者等	氏　名	生年月日	申請者との続柄	1月1日時点の住所地（申請者の住所と異なる場合に記入）	個人番号

加入医療保険				
	被保険者名		申請者との続柄	
	記号番号		標準負担額減額認定証の有無	
	保険者名		有　・　無	

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

○この申請に関し、市民税の所得状況、戸籍、住民基本台帳等、必要な事項について調査をされることに同意します。

年　　月　　日　　住　所

申請者　　氏　名

（本人との続柄　　）

長岡市長　　磯田　達伸　　様

後期高齢者医療
国民健康保険

高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費部分に限る。）支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号		受給者番号	
被保険者氏名		適用期間	年　月診療分から

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業（県単）の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

年　　月　　日

様

世帯主　氏　名

（申請人）

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日