

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

記

※受給者番号									
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	親・子の別	親	子					
		フリガナ							
		対象者							
		個人番号							
		生年月日	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)	年月日 ( 歳)
		申請者との続柄							
	同居・別居	同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
		別居地							
		別居の理由							
	住 所					電話番号			
受 給 資 格 要 件 の 状 況	父母の氏名状況	父	生存・死亡(年月日亡)		母	生存・死亡(年月日亡)			
	ひとり親家庭等となった理由	死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害 両親の死別・両親の行方不明・その他( )				発 生 年 月 日 年 月 日			
	医療保険	種 別	協・組・日・船・共・国		記号・番号			付加 給付	有・無
		被保険者 (世帯主)			被保険者証 発行機関				
	添 付 書 類								
同 意	資格の認定に必要な関係公簿等の確認に同意します。				氏 名	印			
※ 決 定 欄									
所得金額	円		生計維持者	( )					
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。									
却下理由	1 所得オーバー 2 未申告 3 その他( )								
課 長					決定年月日	年 月 日			
					証交付年月日	年 月 日			