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

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）
		申請者との続柄				
		同居・別居の別	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	国・組・健・協・共	記号・番号		付加給付　有・無
		医療保険 被保険者（世帯主）		保険者		
		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