

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	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	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	