

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者 個人番号
住所
氏名
(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。

受給者番号						
申請内容	対象者の状況	父・母・子の別				
		個人番号				
		対象者氏名				
		生年月日	(満 歳)	(満 歳)	(満 歳)	(満 歳)
		申請者との続柄	本人	子	子	子
		同居・別居の別				
		別居の理由				
資格要件の状況	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・両親の死亡・両親の行方不明・その他()			
	医療保険種別	町国保、国保組合、協会けんぽ、健保組合、共済、その他()	記号番号			
	被保険者証発行機関名		被保険者			
現況確認		現在、私は婚姻または、事実上婚姻関係の事実はありません。			印	
同意事項		今後の受給対象者世帯の所得状況等の確認に同意します。			印	
添付書類						
決定欄	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。				受付印	
	2 次の理由により、上記申請を却下する。 (理由)					
	3 その他 ()					

所得公簿確認

(確認日 . .)