

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

寿都町長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄

印

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 者 の 状 況	対 象 者	父・母・子の別		父・母		子					
		フリガナ									
		対 象 者									
		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	同 居 ・ 別 居		同 居 ・ 別 居	同 居 ・ 別 居	同 居 ・ 別 居			
		別 居 地									
別 居 の 理 由											
内 容	受 給 資 格 要 件 の 状 況	父 母 の 状 況	氏 名	父 (配偶者)		母					
		状 況	生 存 死 亡		年 月 日	生 存 死 亡		年 月 日			
	ひとり親家庭等 となつた理由		死亡、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					発 生 年 月 日 年 月 日			
	医 療 保 険	種 別	政・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											
※ 決 定 欄	課 長		主 幹		係 長		係		決 定 年 月 日	年 月 日	
	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										

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

同意事項	<p>制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認されることに同意いたします。</p> <p>氏名</p>	印
------	---	---