

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

浜中町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊟

対象者との続柄

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

申 請 内 容	対 象 者	※受給者番号				生年月日 年 月 日 (歳) 父 ・ 母 ・ 養育者		
		フリガナ						
		対 象 者						
		個 人 番 号						
	者 の 子	※受給者番号						
		フリガナ						
		対 象 者						
		個 人 番 号						
		生 年 月 日	平成 令和 年 月 日 (歳)	平成 令和 年 月 日 (歳)	平成 令和 年 月 日 (歳)			
		保 護 者 と の 続 柄						
	内 況	別 居 の 場 合						
		別 居 地						
容 格 要 件 の 状 況	父 母 の 状 況	氏名	父			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					発 生 年 月 日	年 月 日
	医 療 保 険	種 別	国 保 ・ 国 保 組 合 協 会 け ん ぽ ・ 健 保 組 合 船 保 ・ 共 済			保 険 者 名		
		記 号 番 号				記 号 番 号		
添 付 書 類	附 加 給 付	有 ・ 無			被 保 険 者 名 (世 帯 主)			
※ 決 定 欄	町長	副町長	課長	係長	係	決 定 年 月 日	令和 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	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します。						
	申請者 住 所						
	氏 名						
電 話							
㊟							