

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

厚真町長 様

平成〇〇年△△月□□日

申請者 住所 厚真町 京町〇〇番地

氏名 厚真太郎 (押印)

TEL 090-〇〇〇〇-△△△△

対象者との続柄

どちらかに○

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

記入不用です

|               |  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
|---------------|--|---|---------|-----------------|-------|---------------|----------------------|---------------|-------------|-----|
| ※ 受給者番号       |  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
| 申請<br>の内<br>容 | 対象者の状況   | 母・父・子の別                                       | 母       | 父               | 子     |               |                      |               |             |     |
|               |  | フリガナ  | アヲ 知    | アヲ ヒコ           |       |               |                      |               |             |     |
|               |  | 対象者   | 厚真太郎    |                 | 厚真花子  |               |                      |               |             |     |
|               | 生年月日   | 〇年△月□日<br>(〇〇歳)                               |         | △年□月〇日<br>(△△歳) |       | 年 月 日<br>( 歳) |                      | 年 月 日<br>( 歳) |             |     |
|               | 申請者との続柄  | 本人  |         | 子               |       |               |                      |               |             |     |
|               | 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  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
| 別居理由          |  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
| 受給資格要件の状況     | 父母の状況  | 氏名  | 父 厚真太郎  |                 |       | 母             | 厚真梅子                 |               |             |     |
|               | 状況   | 死亡  | 生存      | 年 月 日           |       |               | 死亡                   | 生存            | 平成〇〇年△△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、<br>両親の死亡、両親の行方不明、その他 |         |                 |       |               | 発生年月日<br>平成〇〇年△△月□□日 |               |             |     |
|               | 医療保険   | 種別  | 政・組・船・共 | 国               | 後     | 記号番号          | 厚真-〇〇〇〇〇〇            |               | 付加給付        | 有・無 |
| 被保険者(世帯主)     | 厚真太郎   |   |         | 被保険者証発行機関       | 厚真町   |               |                      |               |             |     |
| 添付書類          |  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
| ※ 決定欄         | 課長   | 主幹  | 主査      | 担当              | 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。<br>2 次の理由により上記申請を却下する。 |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |
| 却下理由          |  |   |         |                 |       |               |                      |               |             |     |

いずれかに○

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

※この申請につき、町民福祉課町民生活グループの担当者が総務課課税台帳を閲覧することに同意します。

|           |    |     |
|-----------|----|-----|
| 課税台帳により確認 | 確認 | 初・課 |
| 年 月 日     | 印  | 町・道 |