

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 | | | | | | | | | | |
| 申請内容 | 対象者の状況 | 母・父・子の別 | 母 | 父 | 子 | | | | | |
| | | フリガナ | マコ | ハナ | | | | | | |
| | | 対象者 | 厚真太郎 | | 厚真花子 | | | | | |
| | | 生年月日 | 〇年△月□日 (〇〇歳) | | △年□月〇日 (△△歳) | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (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、両親の死亡、両親の行方不明、その他 | | | | | 発生年月日 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。 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 |