

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

厚真町長 様

令和 年 月 日

申請者 住 所 厚真町

氏 名

印

TEL - -

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

※ 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								
		対 象 者								
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	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	同居別居の別	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居	
		別 居 地								
		別居の理由								
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	父 母 の 状 況	氏 名	父		母				
			状 況	死 生 亡 存	年 月 日	死 生 亡 存	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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 状 況		種 別	政・組・船・共・国・後		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		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										

(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