

ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請書

江差町長 様

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号

記

※ 受 給 者 番 号						
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	母又は父・子の別	母又は父	子	子	
		フリガナ				
		対 象 者				
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
		個 人 番 号				
		住 所				
		保護者 との 同居	同居・別居別		同居・別居	同居・別居
			別 居 地			
		主たる 生計 維持者	フリガナ		住 所	
			氏 名			
医 療 保 険	種 別	協・組・日・船・共・国・後	記号番号		附 加 付 有・無	
	被 保 険 者 (世 帯 主)		被保険者証 発行機関			
添 付 書 類		児童扶養手当証書・戸籍謄本・遺族年金証書・申立書・在学証明書・保険証				

※ 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											
※ 確 認 事 項	□世帯状況	□生年月日	□所得状況	□生活保護	確認年月日		年 月 日					
	□その他 []				確 認 者							

(注) 申請者は、※の欄は、記入しないでください。