別記第２号様式（第５条関係）

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。

令和　　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
		保護者との同居 別居地			
		主たる生計維持者 フリガナ		住所	
		主たる生計維持者 氏名			
		医療保険 種別	協・組・日・船・共・国・後	記号番号	附加給付 有・無
		医療保険 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 □その他［　　］								確認年月日	年　月　日
									確認者	㊞

（注）　申請者は、※の欄は、記入しないでください。