

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

幌延町長 様

申請者 住所 天塩郡幌延町
氏名
対象者との続柄
電話番号

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	父母・子の別	母・父		子				
		対 象 者							
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)			
		性 別	男・女	男・女	男・女	男・女			
		申請者との続柄							
		個人番号							
	同居・別居	同居 別	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			生存 年 月 日 死亡			生存 年 月 日 死亡			
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		種 別	政・組・日・船・共・国・後		記号・番号		付加 給付		
		被 保 険 者 (世帯主)			被保険者証 発行機関		有・無		
添 付 書 類									
※ 決 定 欄	課長	主幹		係長		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) ※欄は記入しないでください。