

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

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	母及び父・子の別		母・父		子					
		ふりがな 対象者									
		個人番号									
		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									
	同居・別居	同居 別居		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 (配偶者)		母				
状 況			生存 死亡 年 月 日			生存 死亡 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		種 別		政・組・日・船・共・国		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		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) 申請者は※欄は記入しないでください。