

別紙2 (第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

美 深 町 長 様

申請者 住所  
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資格の登録を受けたいので申請します。

※ 受 給 者 番 号								
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	父・母・子の別	父・母	子	子	子		
		(ふりがな)						
		対 象 者						
		生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		申請者との続柄						
		個 人 番 号						
		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	状父 母 況の	氏 名	父		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		記号 番号		付加 給付	有・無	
		被保険者 (世帯主)		名称				
添 付 書 類								

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を受けるために、私の世帯の所得及び課税状態を受給資格が喪失するまでの間美深町担当職員が調査することについて、代表して同意（承諾）します。

氏名

※ 決 定 欄	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		決 定 年月日		

所得・課税台帳により確認  
住民基本台帳により確認  
児童扶養手当受給者台帳により確認  
在学証明書により確認  
年 月 日確認  
確認者氏名 (印)

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

( 1割・初診 )