

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

七飯町長様

住所 七飯町
申請者氏名
受給者との続柄
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。

台帳		電算	
----	--	----	--

※ 受給者番号								
申請内容	対象者の状況	父又は母		子				
		対象者						
		生年月日		年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	
		申請者との続柄						
		個人番号						
	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						
		別居理由						
	主たる生計維持者		氏名		生年月日	年 月 日	個人番号	
	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	協・組・日・船・共・国・高		記号番号		附加給付	有・無
		被保険者			被保険者証発行機関	-----		
添付書類		戸籍謄本（写）						
※ 決定欄	課長		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							

注) 申請者は※欄に記入しないで下さい。