

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
TEL

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。

なお、受給資格の登録及び継続（更新）、一部負担金の割合並びに自己負担限度額区分の確認に当たっては、私及び私の世帯員並びに生計維持者の所得、住民税の課税非課税などの状況について調査されることに異議ありません。

記

※ 受 給 者 台 帳 番 号		資格取得年月日 年 月 日									
※ 受 給 者 番 号											
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	生 計 維 持 者 親・子の別		生計維持者		親		子			
		フリガナ対象者									
		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									
		同居・別居	同居 別居	1 同居 2 別居		1 同居 2 別居		1 同居 2 別居		1 同居 2 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	1 生存 2 死亡 年 月 日				1 生存 2 死亡 年 月 日			
		ひとり親家庭等となった理由		1死別 2離別 3行方不明 4遺棄 5拘禁 6配偶者の障害 7両親の死亡 8両親の行方不明 9その他				発 生 年月日		令和 年 月 日	
医療保険		種 別	協・組・日・船・共・国・国組			記号番号			附 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	室長		係長		係		決 定 年月日		令和 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											
※処理欄		☐ 所得確認 課税台帳にて確認 確認日R 年 月 日		☐ 課 ☐ 非		払 出 整理簿		未・済 電 算		☐ 電算入力 R 年 月 日	
										☐ 受給者証交付R 年 月 日 親： 親初 ・ 親課 子： 親初 ・ 親課	

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。