

別記様式第1号(第4条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証 交付更新 申請書

年 月 日

越知町長 様

住 所 .....

氏 名 .....

電 話 - - .....

次のとおりひとり親家庭医療費受給者証  
の 交付更新 を申請します。

		新規追加	受給者証記号番号	号	
区 分	母又は父(扶養者)	児 童 等 (被 扶 養 者)			
ふりがな氏名	(1)	(2)	(3)	(4)	
個人番号					
性別	男・女	男・女	男・女	男・女	
生年月日					
続柄	本人				
職業又は就学校名					
乳幼児医療重度心身障害者医療	受給対象者				
加入医療保険	氏名	(1)との続柄		勤務先	
	住所			所在地	
	種別	国・国組・政・健組・船・共		記号番号	
	名称			附加給付	有・無
	所在地				
	資格取得月日(1)の加入	(2)の加入	(3)の加入	(4)の加入	
住所設定日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	
有効月日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	
添付書類 児童等が父母のないことを理由とする場合は申請者の扶養事実証明書					
※決定欄	該当要否	1 該当	ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ その他 死 離 不 遺 海 障 拘 未 別 婚 明 棄 外 害 禁 婚		2非該当
	非該当理由	ア 課税 イ 婚姻 ウ 児童の年令超過 エ その他( )			
課長	補佐	係長	係	資格取得	年 月 日
				受 付	年 月 日
				交 付	年 月 日

※ この欄は、記入しないでください。

(裏面)

助成対象者と同一世帯に属する者の氏名等について			
ふりがな 氏名		生年月日	
個人番号		続柄	
備考			
ふりがな 氏名		生年月日	
個人番号		続柄	
備考			
ふりがな 氏名		生年月日	
個人番号		続柄	
備考			
ふりがな 氏名		生年月日	
個人番号		続柄	
備考			
ふりがな 氏名		生年月日	
個人番号		続柄	
備考			