

別記第1号様式

ひとり親家庭医療費受給者証交付・更新申請書

平成 年 月 日

越知町長 様

住所 越知町

氏名 ㊟

電話

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	母	号
------	----------	---	---

区分	母(扶養者)	児童等(被扶養者)			
ふりがな氏名	(1)	(2)	(3)	(4)	
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				
	資格所得月日(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 死 別 イ 離 別 ウ 不 明 エ 遺 棄 オ 海 外 カ 障 害 キ 拘 禁 ク 未 婚 ケ その他	2 非該当	
	非該当理由	ア 課 税 ウ 児童の年令超過 イ 婚 姻 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。