

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

赤平市長

様

申請者 住所

氏名

(印)

対象者との続柄

次のとおり、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、受給資格の認定にあたって、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況(児童扶養手当・養育費含む)について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。

(印)

※受給者番号										
申 請 内 容	対象者の 状況	父 母 ・ 子 の 別	父 ・ 母		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)	
		性 別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
		申 請 者 と の 続 柄								
		同 居 ・ 別 居	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居	
		別 居 地								
	受給資格要件の 状況	同 居 ・ 別 居	別居の理由							
		父 母 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 種 別		政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国				記号 番号			付加 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		主幹		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。 (資格取得年月日 年 月 日)									
	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※欄は記入しないでください。