

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

長万部町長 様		申請月日	令和	年	月	日		
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。所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に必要な公募などを閲覧されることに異議ありません。		(申請者)	対象者との続柄( )					
		住所	長万部町字					
		電話番号	( )	-				
		氏名		印				
※ 受給者番号								
対象者の状況	父母・子の別	父 ・ 母		子				
	ふりがな							
	対象者							
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	性別	男 ・ 女		男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女		
	同居・別居別	同居 ・ 別居		同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居		
	別居地							
	別居の理由							
勤務先名称	(電話番号)							
勤務先住所								
受給資格要件	健康保険	1 国保(一般・退職) 2 国保組合 3 健保組合 4 協会健保 5 共済 6 その他						
	保険者名称		保険者番号					
	記号番号		付 加 給 付	有 ・ 無				
	被保険者名	(続柄)		給 付 割 合	入 院 割 ・ 入 院 外 割			
	ひとり親家庭となった理由	死別(父母)・離別・行方不明(父母)・遺棄・拘禁・重度障害(父母)・未婚						
発生年月日	年 月 日	父(配偶者)名		母(配偶者)名				
※ 所得状況	年 分	円	添付確認	健康保険証 所得状況関係書類 証明書 戸籍住民票等 在学証明書(18歳以上)				
※ 処 理 欄	課 長	参 事	係 長	係	年 月 日	令和 年 月 日		
	審査結果		該当(課税・非課税) 該当外		1 所得オーバー 2 その他			
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認めたので受給者の認定をする。 2 上記申請を却下する。					受 付		
	備考							
	資格認定期間	受給者台帳整理	払出簿整理	交付年月日				
令和 年 月 日より	未・済	未・済	未・済					
令和 年 月 日まで	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日				

注 申請者は※欄は記入しないでください。