

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

南 幌 町 長 様

申請者 住 所 南幌町

氏 名

電話番号

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。

記

※ 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)
		申請者との続柄				
		個 人 番 号				
		同居・別居	同居別居別 居 住 地 別居の理由	同居・別居	同居・別居	同居・別居
	受給資格要件の状況	父母の状況	氏 名	父 (配偶者)	母 (配偶者)	
			個 人 番 号			
		状 況	生存 死亡	年 月 日	生存 死亡	年 月 日
ひとり親家庭となつた理由		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	
医療保険		種 別	政・組・日 船・共・国	記号 番号	付加 給付	有・無
	被 保 険 者 (世帯主名)		被保険証 発行機関			
	添 付 書 類					

私は、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付申請にあたり、私と私の同一世帯員の所得に関する公簿を閲覧することに同意します。

平成 年 月 日

申請者氏名 印

※ 決 定 欄	課長	リーダー	担当			更新・資格取得 年 月 日
	決定年月日		年 月 日	所得制限該当		該当・非該当
	住民税の課税状況		課税・非課税			
	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 理 由					

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。

公簿により所得確認