

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所 厚岸町
 電話 ()
 氏名 (印)
 対象者との続柄
 (本人が署名した場合は、押印は不要です。)

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。

※	受給者番号										
申請内容	対象者の状況	母又は父・子の別		母又は父		子					
		ふりがな									
		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									
	同居・別居	同居・同居の別		同居		同居		同居		同居	
		別居地									
		別居の理由									
	受給資格要件の状況	父の状況	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			
医療保険		種 別		国(市町村・組) 健(政・組) 船・日・共		記 号 号		付 給 加 付		有 ・ 無	
		被 保 険 者 (世帯主)				被 保 険 者 証 発 行 機 関					
添付書類				養育費(80/100相当)		有 ・ 無					
※	課長	補佐	係長	係	決定日		年 月 日				
決定欄	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。										
	却下理由										

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。