

別記第1号様式（第4条、第7条関係）

ひとり親家庭医療費受給者証 交 付 申 請 書
更 新

年 月 日

大豊町長 様

住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

次のとおり、ひとり親家庭医療費受給者証の 交 付 申 請 書 を申請します。
更 新

		新規追加	受給者証番号	証号	号							
区 分	母又は父(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												
零歳児医療 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				付加給付 有・無							
	所在地											
	資格取得年月日①の加入	②の加入	③の加入	④の加入								
住所設定日	・	・	・	・								
有効年月日	・	・	・	・								
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 離婚	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 児童の年齢超過		イ 婚姻 エ その他()								
受 付						年 月 日						
資 格 取 得						年 月 日						
交 付						年 月 日						

※ この欄には、記入しないでください。