

ひとり親家庭等医療費受給者証申請書

年 月 日

夕張市長様

申請者 住所
 名前 印
 対象者との続柄 ()
 電話 (-)

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、資格の認定等に必要な公簿を閲覧されることについて異議ありません。

※ 受給者証番号								
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						
		個人番号						
		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	区分	同居・別居		同居・別居	同居・別居	同居・別居	
		別居地						
		別居理由						
	受給資格要件の状況	父母の状況	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 未婚 配偶者の障がい 両親の死亡 両親の行方不明 その他()				左記発生年月日 年 月 日		
医療保険		被保険者(世帯主)				被保険者証の発行機関		
		種別	政・組・日・船・共・国・国組・後	記号番号		付加給付	有・無	
添付書類								
取得状況	取得年月日							
	取得事由	転入 死別 離別 生活保護廃止 その他()						
	有効期間	年 月 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(更新)する。 2 次の理由により上記申請を却下する。					決定年月日 年 月 日		
	却下理由							

(注) 申請書は※欄は記入しないでください。

決裁	課長	主幹	係長	主査	係