ひとり親家庭医療費受給資格証交付申請書

年　　月　　日

　川南町長　　　　　　　様

住　所

申請者　電　話

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　族　の　状　況 | 氏　　　　　名 | 続柄同居別居 | 生年月日 | 同居・別居の別 | 対象・非対象の別 |
|  | 本人 |  |  | 対　象非対象 |
| 個人番号 |
|  |  |  | 同　居別　居 | 対　象非対象 |
| 個人番号 |
|  |  |  | 同　居別　居 | 対　象非対象 |
| 個人番号 |
|  |  |  | 同　居別　居 | 対　象非対象 |
| 個人番号 |
|  |  |  | 同　居別　居 | 対　象非対象 |
| 個人番号 |
|   |
| 被保険者氏名 |  | 記号番号 |  |
| 保険種別 |  | 保険者名 |  |
| 資格取得年月日 |  | 附加給付の状況 |  |
| 所得額状況 | ※ | 児童扶養手当証書番号 |  |
| ひとり親医療費助成金 振込先金融機関 |
| 金融機関 |  | 口座番号 |  |
| 支店名 |  | 口座種別 |  | 口座名義（カナ） |  |
| ※　決　定　欄 | 該当要否 | １　該　当 | ク　そ の 他キ　未婚の母カ　拘　　禁オ　廃　　疾エ　生死不明ウ　遺　　棄イ　離　　婚ア　死　　亡 | ２　非　 該　 当 |
| 非該当理由 | ア　結（再）婚　　イ　所得制限　　ウ　児童の年齢超過エ　配偶者がいるようになった。　　オ　その他 |

（注意事項）※の欄は記入しないでください。