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。