

課長	課長補佐	係長	係	係

受給者証交付伺 決裁年月日 令和 年 月 日

受付印

第2号様式(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

清水町長 様

令和 年 月 日

申請者	住所			
	氏名			
	個人番号			
	対象者との続柄		電話番号	

申請者欄は、ひとり親家庭等の児童の生計を主として維持する者を記入してください。

下記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、ひとり親家庭等医療費助成の資格の登録及び継続(更新)の手続きに当たっては、清水町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

		※取得年月日		年 月 日		
※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	
		フリガナ				
		氏名				
		生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
		個人番号				
		同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
		別居地				
	別居の理由					
受給資格要件の状況	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	
	加入医療保険の状況	被保険者(世帯主)	氏名		続柄	
			住所			
	保険者の状況	記号番号				
		名称	(保険者番号)			
	所在地					
	添付書類	被保険者証又は組合員証、所得証明書(公簿確認)				

※ 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。 ()			
※ 処理欄	証交付	台帳	電算処理	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 年 月 日	<input type="checkbox"/> データ		<input type="checkbox"/> reams青付箋 <input type="checkbox"/> 国保システムメモ登録 <input type="checkbox"/> 乳幼児受給者証回収

※印の欄は、記入しないでください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。