

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請書

平成 年 月 日

新富町長 殿

住所

申請者 氏名

印

電話

下記のとおり交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得等の状況、世帯の構成・異動の状況について調査・確認することに同意します。

また、ひとり親家庭等医療費に係る高額療養費の申請・受領に関する全ての権限を新富町長に委任します。

氏名	続柄	生年月日	同別居	氏名	続柄	生年月日	同別居
		
		
		
加入 保険	保険の種類	政・組・日・船・共 国・国組・協会けんぽ		保険者名			
	被保険者氏名			資格取得日	平成 年 月 日		
	記号番号						
※ 決 定 欄	所得額状況			児童扶養手当 受付日	年 月 日		
	該 当 要 否	1. 該当	ア 離婚 エ 生死不明 キ 未婚	イ 死亡 オ 障害 ク その他	ウ 遺棄 カ 拘禁	該 当 年 月 日	
		2. 非該当	ア 婚姻 エ 配偶者がいるようになった			イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 オ その他	年 月 日
	受給者番号			備考			
交付年月日							
注 ※の欄には、記入しないでください。				資格証交付・受領印			
				年 月 日			