

ひとり親家庭等医療費受給者証

〔 取得 ・ 再交付 申請書  
変更 ・ 資格喪失 届出書 〕

		新規(変更・喪失)	変更前	事由								
対象者の状況	扶養義務者	受給者番号 (ふりがな)										
		対象者氏名	男女	男女								
		生年月日	明・大昭・平 年月日	明・大昭・平 年月日								
	子の状況	受給者番号 (ふりがな)										
		対象者氏名	男女	男女								
		生年月日	昭・平 年月日	昭・平 年月日								
	子の状況	受給者番号 (ふりがな)										
		対象者氏名	男女	男女								
		生年月日	昭・平 年月日	昭・平 年月日								
	子の状況	受給者番号 (ふりがな)										
		対象者氏名	男女	男女								
		生年月日	昭・平 年月日	昭・平 年月日								
住所												
医療保険の加入状況	保険者名 (保険者番号)											
	所在地											
	記号・番号											
	加入者氏名 (続柄)											
父母等の状況	別居の子の氏名			※受給者証 平成 年 月 日交付 平成 年 月 日回済 平成 年 月 日回予								
	別居している子がいる場合	別居地										
		別居の理由										
	父	氏名	生存 死亡 年月日									
母	氏名	生存 死亡 年月日										
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 受給資格認定に際し、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、受給者の加入医療保険等において高額療養費が発生する又は発生すると見込まれる場合は、東川町長が当該医療保険者に対し、高額療養費に関する必要な事項について調査することに同意します。				※システム登録日 平成 年 月 日 <table border="1"> <tr> <td>システム</td> <td>名簿</td> <td>児扶手</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	システム	名簿	児扶手					
システム	名簿	児扶手										
東川町長 様  平成 年 月 日  申請者 住所 上川郡東川町 (居住地) 氏名 電話番号 - -				⑩								
※決定欄	課長	室長	主任等	合議								
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認める。			適用年月日								
2 右の理由により、上記申請を却下する。			却下理由									