

別記様式第2号

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

鶴居村長 殿

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
対象者との続柄

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。  
記

|             |                                     |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-----------|-----|--|--|-------------|-------|--|
| 住 所         |                                     | 〒 ー □上記と同一<br>Tel ー ー     |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| ※ 受 給 者 番 号 |                                     |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| 申 請 内 容     | 対 象 者 の 状 況                         | 親 等 ・ 子 の 別               |                                           | 親等                |                   |       |                   | 子     |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | フ リ ガ ナ                   |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 対 象 者                     |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 個 人 番 号                   |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 生 年 月 日                   |                                           | 年 月 日             |                   | 年 月 日 |                   | 年 月 日 |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 申 請 者 と の 続 柄             |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             | 同 居 ・ 別 居                           | 同 居 別 居                   |                                           |                   |                   |       | 同 居 ・ 別 居         |       | 同 居 ・ 別 居 |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 別 居 地                     |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 別 居 の 由                   |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             | 受 給 資 格 要 件 の 状 況                   | 父 母 の 状 況                 | 氏 名                                       | 父                 |                   |       |                   | 母     |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     |                           | 状 況                                       | 生存 不明 年 月 日<br>死亡 |                   |       | 生存 不明 年 月 日<br>死亡 |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     | 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 |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
|             |                                     |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| 医 療 保 険     | 種 別                                 | 政・組・日・船・共・国               |                                           |                   | 記 号 番             |       |                   |       | 附 加 付 給   | 有・無 |  |  |             |       |  |
|             | 被 保 険 者 (世 帯 主)                     |                           |                                           |                   | 被 保 険 者 証 発 行 機 関 |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| 添 付 書 類     |                                     |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| ※ 決 定 欄     | 課 長                                 |                           |                                           | 補 佐               |                   |       | 係 長               |       |           | 係   |  |  | 決 年 月 日 定 日 | 年 月 日 |  |
|             | 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。                 |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |
| 却 下 理 由     |                                     |                           |                                           |                   |                   |       |                   |       |           |     |  |  |             |       |  |

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。