様式第3号(第5条、第12条関係)

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療に関する申請(届出)書　　年　　月　　日　　永平寺町長　　　　様 |
| 申請者(届出者) | 住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　 |
| 　次のとおり申請(届出)します。1欄(受給者証再交付申請) |
| 　 | 再交付理由 | 破損・亡失 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給資格者 | 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 永平寺町 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 2欄(資格喪失届出) |
| 　 | 資格喪失者 | 氏名　　　　　　(男・女)　年　月　日生 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名　　　　　　(男・女)　年　月　日生 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名　　　　　　(男・女)　年　月　日生 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名　　　　　　(男・女)　年　月　日生 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名　　　　　　(男・女)　年　月　日生 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 理由 | 　 |
| 喪失年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 3欄(登録事項変更届出) |
| 　 | 対象者氏名 | 　 | 番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 変更年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 変更事項 | 対象者 | 氏名 | 　 | 性別 | 　 |
| 個人番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 個人番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　 |
| 加入保険 | 世帯主・被保険者又は組合員氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 対象者との続柄 | 　 |
| 住所 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 名称 | 　 | 記号番号 | 　 |
| 所在地 | 　 | 附加給付 | 無・有(　　　　　　) |
| 口座 | 金融機関名 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 支店名 | 　 | 名義 | 　 |
| 　 |