様式第1号(第2条関係)

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書　　年　　月　　日　永平寺町長　　　　様 |
| 申請者（受給者） | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)を受けたく申請いたします。 |
| 助成対象者 | 区分 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 職業 |
| 個人番号 |
| 母（父） |  |  |  | 　年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童 |  |  |  | 　年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 　年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 　年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 寡婦 |  |  |  | 　年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏　名 |  | 資格要件 |  |
| 住　所 | 永平寺町 |
| 医療保険 | 保険名称 |  | 種別被保 |  |
| 記号番号 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 世帯主、被保険者又は組合員指名 |  | 取得日 | 年　　月　　日 |
| 口座 | 金融機関 | 銀行・信金農協・労金 | 口座番号 | （普・当） |
| 支店名 | 本店支店 | （フリガナ） |  |
| 名義人 |
| 扶養義務者等 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 個人番号 |
|  |  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意　①　※欄は記入しないで下さい。

　　　　②　加入医療保険が受給者と児童と異なる場合は、その旨申し出てください。

※《役場記入欄》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 　　　　年　　月　　日 | 備考 |
| 認定日 | 　　　　年　　月　　日 |