

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

中 川 町 長 様

申請者 住所 中川町字

氏名

対象者との続柄

㊞

資格の認定に必要な公簿の確認に同意し、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

対象者の状況	親子の別	ふりがな 氏 名	性 別	生年月日	同居別 居の別	住 所	別居場合 その理由	
	親 等			男 ・ 女	昭和  年 月 日	同居 ・ 別居	中川町字 番地	
				男 ・ 女	昭和・平成  年 月 日	同居 ・ 別居		
				男 ・ 女	昭和・平成  年 月 日	同居 ・ 別居		
				男 ・ 女	昭和・平成  年 月 日	同居 ・ 別居		
受給要件	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 両親からの遺棄 その他( )		理由の発生年月日		昭和・平成 年 月 日		
年金等の 受給状況	児童扶養手当 母子年金 母子福祉年金 遺族年金 その他( )							
	受給者			証 書 番号等				
医療保 険 備 考	保険種別	国保・国組・健保・共済 政管・その他( )		記 号 番 号		付 加 給 付	有・無	
	被保険者 (世帯主)			被保険者証 発行機関				

\*町記載欄

審 査	各種手当の 受給状況	・児童扶養手当（新規・受給中） ・その他( )					
	所得の状況	平成 年分 所 得 額	円	所得制限 限度額	円		
認 定 ・ 却 下	認定年月日 (交付年月日)	平成 年 月 日		受給者 証番号	母	第 号	
	有効期間	平成 年 月 日から			子	第 号	
平成 年 月 日まで		第 号					

## ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

平成 年 月 日

中川町長様

届出者 住所 中川町字  
氏名  
受給者との続柄

㊟

下記の理由によりひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

受給者	氏名		受給者証 記号番号	1388	第 号
	住所	中川町字			
資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死亡 5 その他				
	発生年月日	平成 年 月 日			