

裏面の記入もお願いします

様式第2号(第11条及び第12条関係)

ひとり親家庭医療証交付（更新）申請書

年 月 日

岬町長あて

申請者 住 所

氏 名

電 話

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。

申 請 事 由			1 ひとり親家庭該当 2 転入 3 保険変更 4 生保廃止 5 所得制限非該当 6 その他（ ）					
対 象 者	居 住 地							
	①父母又は 養育者	ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ (男・女)	児童扶養手当 受給の有無	有・無	
	②児 童	ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ (男・女)	①との続柄		
		ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ (男・女)	①との続柄		
		ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ (男・女)	①との続柄		
		ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ (男・女)	①との続柄		
加 入 医 療 保 険	被保険者等	住 所						
		ふりがな 氏 名				①との続柄		
	保 険 種 別		政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国			付加給付	有・無	
	記 号 ・ 番 号							
	発行機関	所在地						
		名 称				保険者番号		
児童扶養手当証書の番号								

（注）児童扶養手当の支給を受けていない方は、別紙1及び別紙2の書類を提出してください。

処理欄	台帳		番号簿		統計		医療証		保険情報	
-----	----	--	-----	--	----	--	-----	--	------	--

同 意 書

岬町長 あて

ひとり親家庭医療証の交付のために必要があるときは、町長がその職員をして私及び私と同一世帯を構成する者の所得状況又は生活保護状況に係る公簿を閲覧させることについて同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____