別記第２号様式

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

　　年　　月　　日

　苫　前　町　長　　宛

申請者住所　苫前町字

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　苫前町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則第５条の２の規定により、次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の認定を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　 請　 者 | ふりがな |  | 住　所　苫前郡苫前町字　電話　　　　（　　　　） |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 受給者の状況 | 親と子の別 | 親 | 子 |
| 受給対象者名 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　 月　 日生（満　　　歳） | 年 　月 　日生（満　　　歳） | 年　 月 　日生（満　　　歳） | 年　 月 　日生（満　　　歳） |
| 申請者との　続柄 |  |  |  |  |
| 申請者との同居・別居の別 |  | 同居 ・ 別居 | 同居 ・ 別居 | 同居 ・ 別居 |
| 加入医療保険等 | 保険種別等 | 国保・協会・健保共済・船員・国組・後期 | 記号番号 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 被保険者証等発行機関名 |  （　　　　　　　） | 所在地 |  |
| 同意事項 | 　町長が、私の世帯の所得状況と他制度による医療費の助成状況等を確認することに同意します。　　　氏　名 |  印 |
| 備　　考 |  |