

様式第1号(第2条関係)

ひとり親等家庭医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

芦北町長 竹 崎 一 成 様

住 所 芦北町大字

氏 名



(電話番号 一)

次のとおり交付を申請します。

氏 名	続 柄	生年月日	同 居 別 居 別	氏 名	続 柄	生年月日	同 居 別 居 別
			同・別				同・別
			同・別				同・別
			同・別				同・別

加 入 医 療 保 険 名

社会保険者氏名		保 険 証 号	番 号	
保 険 者 名 称	政、日、組、国、船、共	事 業 所 名・所 在 地		
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	附 加 給 付 の 状 況		有 無
所 得 額		児 童 扶 養 手 当 証 書 番 号		
※ 決 定 欄	該 当 要 否	1 該 当	ア イ ウ エ オ カ キ ク 死 離 遺 生 障 拘 未 婚 所 亡 婚 棄 明 害 禁 母 他	2 非 該 当
	非 該 当 理 由	ア 結 婚 (再) イ 所 得 制 限 ウ 児 童 の 年 齢 超 過 エ 配 偶 者 が い る 母 に な っ た オ そ の 他 ()		

※ この欄は、記入しないでください。

金融機関名		支店名		普・総	口座番号	
-------	--	-----	--	-----	------	--

注： 金融機関は、郵便局を除きます。