

様式第1号(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

津奈木町長 様

住所 津奈木町大字
氏名

下記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

加入医療保険名

社会保険者氏名		保険証記号番号	
社会保険者名	政、組、国、船、共	名称所在地	
交付年月日		附加給付の状況	有 無
所得額		児童扶養手当、母子福祉年金記号番号	
※ 決 定 欄	該当要否	1 該当	ア 死亡 イ 離婚 ウ 遺棄 エ 生死不明 オ 障害 カ 拘禁 キ 未婚の母 ク その他
	非該当理由	ア 結婚(再) イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者がいる様になった オ その他()	

※ この欄は、記入しないでください。