

福祉医療費受給者証交付申請書（ひとり親家庭等）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

記

※ 受 給 者 番 号					
母 又 は 父 ・ 子 の 別		母又は父		子	
対 象 者	ふ り が な				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
	保 護 者 と の 続 柄				
	同居 ・ 別居	同居別居の別 別 居 地 別居の理由	同居 別居	同居 別居	同居 別居
父 母 の 状 況	氏 名	父		母	
	状 況	生存・死亡 年 月 日		生存・死亡 年 月 日	
ひとり親家庭等 となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄 両親の死亡、両親の行方不明 拘禁、配偶者の障害、その他		発 生 年 月 日  年 月 日	
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		記 号 番 号	付加 給付	有 ・ 無
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所在地		
添 付 書 類					
※ 決 定 欄	決 定 年 月 日	年 月 日			
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。				
	却下理由				
摘 要	※ 課税台帳 月 日 確認		所得確認	係	係 長
				課長補佐	課 長

(注) ※欄は記入しないでください。