

## 様式第1号(第3条関係)

## おいらせ町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

おいらせ町長 様

年 月 日

住所  
申請者 氏名  
電話番号

		申請者	児童			
給付対象者	ふりがな 氏名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	続柄	本人・養育者				
	申請者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	父または母の氏名					
	ひとり親家庭等となつた原因	離婚・死別・遺棄 その他 ( )				
	ひとり親家庭等となつた年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	加入保険	保険の種類	国・協・組・共・船	国・協・組・共・船	国・協・組・共・船	国・協・組・共・船
		記号番号		同左	同左	同左
			同左	同左	同左	
付加給付の有無		有・無	有・無	有・無	有・無	
保険者			同左	同左	同左	
所在地						
資格証交付番号		第			号	
給付対象者と 認めない		給付対象者と認める年月日 認めない理由			年 月 日	

交付申請及び受給資格証更新に伴う認定審査のため、「申請者」及び「扶養義務のある方」の 年度地方税関係情報を取得することに同意します。

※「申請者」及び同じ住所に登録している(生計を同じくする)「扶養義務のある方」の氏名、個人番号を記入してください。

申 請 者		扶養義務者(続柄 )		扶養義務者(続柄 )	
氏名		氏名		氏名	
個人番号		個人番号		個人番号	
扶養義務者(続柄 )		扶養義務者(続柄 )		扶養義務者(続柄 )	
氏名		氏名		氏名	
個人番号		個人番号		個人番号	

※「扶養義務のある方」とは、申請者から見た祖父母、父母、配偶者、子になります。