

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った原因	離婚・死別・遺棄 その他 ()				
	ひとり親家庭等となった年月日	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		認める 給付対象者と認める年月日 年 月 日				
		認めない 認めない理由				

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。