

ひとり親家庭等医療費受給者資格認定申請書

年 月 日

神石高原町長 様

〒
住所

申請者

氏名 印
(電話)

個人番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり、ひとり親家庭等医療の受給資格の認定を申請します。
また、資格審査のための所得等調査にも同意します。なお、生計を一にする次の世帯員の同意も得ています。
※世帯の状況は、生計が同一の方（住民票上の別世帯も含む）を全て記載してください。

世帯の状況	ひとり親医療 該当非該当の別	氏名	性別	生年月日	続柄	勤務先又は在学校名、 学年	所得税の状況
	該当・非該当						課税・非課税
	該当・非該当						課税・非課税
	該当・非該当						課税・非課税
	該当・非該当						課税・非課税
	該当・非該当						課税・非課税
	該当・非該当						課税・非課税
申請事由							
公的年金又は児童扶養 手当受給状況		受けている（名称 記号番号 ） 受けていない					
加入保険	記号番号	保 険 者		所 在 地		付加給付の状況	

受付年月日	令和 年 月 日	受給資格	有 ・ 無
登録番号		施行年月日	令和 年 月 日
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
決 裁			