

課長	主幹	係長	係

ひとり親家庭等医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

音更町長 あて

申請者	住所	
	氏名	㊟
	個人番号
	対象者との続柄	
	電話	

申請者欄は、ひとり親家庭等の児童の生計を主として維持する者を記入してください。

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を受けたいので、資格登録の申請をします。

なお、ひとり親家庭等医療費助成の資格の登録及び継続（更新）の手続にあたっては、音更町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

また、今回の申請並びに更新時において、受給者証の交付対象とならなかったときは、その後の更新期間に受給者証の交付を受けようとする際、再度申請書を提出します。

※資格取得年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
母又は父・子の別	母又は父	子	子	子
※受給者番号				
受給対象者	ふりがな氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	個人番号
	申請者との続柄			
	住所			
	同居・別居の別	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居
別居地				
加入医療保険	被保険者氏名			
	被保険者住所			
	記号番号	(記号)	(番号)	
	保険者番号			
	保険者の名称			
	保険者の所在地			
事由	<input type="checkbox"/> 更新による申請 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 配偶者の障害 <input type="checkbox"/> 両親の死亡 <input type="checkbox"/> 両親の行方不明 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 <input type="checkbox"/> 他制度からの移行 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生日(昭和・平成 年 月 日)		※町審査欄	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 理由 <input type="checkbox"/> 所得制限 () 円 <input type="checkbox"/>
	注 ※印の欄は、記入しないでください。			(町処理年月日) 平成 年 月 日

※事務処理欄		※申請事由確認方法		※申請日以前の資格取得事由		
受付	交付方法	確認者	確認方法	確認者	事由	入力者
㊟	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 登録のみ	㊟	<input type="checkbox"/> 住民票/戸籍等 <input type="checkbox"/> 受理証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()	㊟	<input type="checkbox"/> 保険証交付前 <input type="checkbox"/> DV等 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情 ()	㊟