様式第2号(第4条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 12.5cm | (表)8.5cm |
| 　 |
| 　 | ひとり親家庭医療費受給者証 | 　 |
| 受給者証番号 | 島73 |
| 申請者 | 住所 | 小野町大字 |
| 氏名 | 　 |
| 受給者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 資格喪失年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 交付年月日 | 　 |
| 有効期間 | 　 |
| 市町村長名及び印 | 小野町長　　　　　　　　　　 |
| 　 |

(裏)

|  |
| --- |
| 注意事項1　この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。2　診療を受けたときは、医療機関の窓口で自己負担金を支払い、所定の助成申請書に証明をしてもらって小野町役場に助成金の請求をしてください。3　次のときは、必ず届出てください。(1)　氏名に変更があったとき。(2)　住所を変更したとき。(3)　加入保険に変更があったとき。(4)　受給資格の一部の者に係る資格の取得又は喪失があったとき。4　この証を破損したり、なくしたりしたときは再交付を受けてください。5　受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。 |