様式第1号（第2条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格者証交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 | 世帯主と  の続柄 | 生年月日 | 性別 | | 備考（学校名等） | | |
| 男 | 女 |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
| 医療保険 | 保険種別 | 政・組・日・船・共・国・その他 | | | | | 記号番号 |  |
| 保険者 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 勤務先 | | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格者証の交付申請をします。

年　　月　　日

椎　葉　村　長　　殿

住所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認 | 受給資格　　適・否 | | | (理由) | | | 確認印 |  |
| 決定 | ①　受給者証交付　　②　却下 | | | | | 交付年月日 | 年　　月　　日 | |
| 番号 | 第号 | |
| 決裁 | 決裁 | 課長 | グループ長 | | 担当 | 備考 | | |
|  |  |  | |  |  | | |