

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付 (更新) 申請書

平成 年 月 日

六戸町長 殿

住 所
申請者
氏 名
電話番号



給 付 対 象 者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	続柄	本人			
	申請者との同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
	父又は母の氏名				
	ひとり親家庭等 となった原因				
ひとり親家庭等となった年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	
加 入 保 険 者	保険の種類				
	記号番号				
	付加給付の有無				
	保険者				
	所在地				

資格証交付番号 第 号

養育費等に関する申告欄

養育費 なし ・ あり (母：年額 円、児童：年額 円)

振込先金融機関名

(更新の場合) 金融機関名 _____ 本・支店 _____
変更なし ・ 口座番号 _____ (普通・当座) _____

* この欄は記入しないで下さい。

認める 給付対象者と認める年月日 平成 年 月 日

給付対象者と

認めない 認めない理由

*保険証の写しを添付して下さい。