

六戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付 (更新) 申請書

年 月 日

六戸町長 殿

住 所  
申請者  
氏 名  
電話番号

ⓐ

(申請について、下記事項に同意します。)

給 付 対 象 者	ふりがな				
	氏名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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
	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		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
加 入 保 険	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 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。  
\*同意事項  
資格の登録、更新に必要な公簿 (住民基本台帳、課税台帳) その他助成に関する事項を六戸町の関係職員が閲覧することに同意します。