

様式第1号 (第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

五木村長 様

住所
氏名 印

下記のとおり交付を申請します。

氏名	続柄	生年月日	同居 別居別	氏名	続柄	生年月日	同居 別居別

加入医療保険名

被保険者氏名		保険証記号番号	
医療保険名	政・船・私・国・地	名称・所在地	
交付年月日		附加給付の状況	有 無
所得額		児童扶養手当 記号番号	
※決定欄	該当要否	1 該当	ア イ ウ エ オ カ キ ク 死 離 遺 生 障 拘 未 その 亡 婚 棄 死 害 禁 婚 の 他 不 明 母
	非該当理由	2 非該当 ア 結婚(再) イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者がいるようになった オ その他()	

※ この欄は、記入しないでください。