

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（更新）申請書

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者 住所 あさぎり町
氏名

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
	本人						

加入医療保険名

被保険者氏名		保険証記号番号	
名称	ア 社会保険 イ 私立学校教職員共済 ウ 国家公務員共済 エ 地方公務員等共済 オ 国民健康保険 カ その他（ ）		
事業所名		交付年月日	
所在地			
児童扶養手当 証書番号		附加給付の状況	有・無
金融機関名	銀行 本店 支店 農協 支所		
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人			

※この欄は、記入しないでください。

決定 欄	所得額	
	1 該当	ア 死亡 イ 離婚 ウ 遺棄 エ 生死不明 オ 障害 カ 拘束 キ 未婚の母 ク その他
	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