

ひとり親家庭医療証交付（更新）申請書

年 月 日

島 本 町 長 様

申請者 住所 島本町

氏名

（電話）

下記のとおり、医療証の交付（更新）を申請します。

なお、対象要件の確認のため、住民登録、所得状況、他の公費負担医療・手当の受給状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

申 請 理 由			1 ひとり親家庭該当 2 転入 3 保険変更 4 生保廃止 5 更新 6 その他（ ）					
対 象 者	居 住 地		島本町					
	① 父母又は 養 育 者	ふりがな		生年月日	年 月 日	児童扶養手当受給の有無		
		氏 名			(男 ・ 女)	有 ・ 無		
	② 児 童	ふりがな		生年月日	年 月 日	①との 続 柄		
		氏 名			(男 ・ 女)			
		ふりがな		生年月日	年 月 日	①との 続 柄		
		氏 名			(男 ・ 女)			
		ふりがな		生年月日	年 月 日	①との 続 柄		
		氏 名			(男 ・ 女)			
	扶養義務者等		ふりがな		生年月日	年 月 日	① と の 続 柄	
		氏 名		(男 ・ 女)				
加 入 医療保険	保 険 種 別		1 国保 2 後期 3 社保 4 その他（ ）					
	保 険 者 名							
	記 号 ・ 番 号							
児童扶養手当証書の番号								

※処理欄（以下は、町で記入）

受	付	対応者（ ）／受付日（ 年 月 日）
添	付 書 類	保険証の写し（済・未） 年 月 日
関	連 制 度	児童扶養手当（済・手続中）
有	効 期 間	年 月 日～
処 理	システム入力	済・未
	医 療 証 印 刷	済・未
	医 療 証 送 付 日	年 月 日

