

## 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 \_\_\_\_\_ (印)

(電話) \_\_\_\_\_

下記のとおり、医療証の交付（更新）を申請します。

なお、以後、受給資格確認のため、市町村民税課税台帳等により所得等を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 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)	児童扶養手当受給の有無 有 ・ 無
		ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)	①との 続 柄
	② 児 童	ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)	①との 続 柄
		ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)	①との 続 柄
		ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)	①との 続 柄
	扶養義務者等		ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平 . . . (男・女)
加 入 医 療 保 険	被保険者等		住 所			
			氏 名	①との 続 柄		
	保 険 種 別		協・組・日・船・共・国			
	附加給付の有無		有 ・ 無			
	記 号 番 号					
	発行機関		所在地			
名 称						
保険者番号						
児 童 扶 養 手 当 証 書 の 番 号						

  

「ひとり親家庭医療」 受付・処理チェック欄			
受付	対応者【 <input type="checkbox"/> 】	受付日( 月 日)	
添付 書類	健康保険証 のコピー	国保・社保 済 ・ 未	
	課税証明書(※転入のみ)	済 ・ 未 ・ 不要	
	児童扶養手当	済 ・ 手続中	
関連他制度 の申請	済・未	ひとり親福祉金(※医療と所得制限同じ)	
	済・非該当	水道料金助成(※非課税世帯・母子のみ)	
受給者番号			
有効期間		月 日～ 月 日	
処理	書類・要件等チェック	済 ・ 未	
	システム【入力】	済 ・ 未	
	医療証【印刷】	済 ・ 未	
	医療証【郵送】	済 ・ 未	
		発送日( 月 日)	