

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

御船町長 様

申請者 住所 御船町大字

氏名

電話

下記のとおり申請します。

|                     |                              |     |      |                 |
|---------------------|------------------------------|-----|------|-----------------|
| 該当要件<br>(いずれかに○)    | 死亡・離婚・未婚の母・遺棄・障害・拘禁・生死不明・その他 |     |      |                 |
| 該 当 者               | 氏 名                          | 続柄  | 生年月日 | 同居・別居<br>の別     |
|                     |                              | 本人  |      |                 |
|                     |                              |     |      | 同居・別居           |
|                     |                              |     |      | 同居・別居           |
|                     |                              |     |      | 同居・別居           |
|                     |                              |     |      | 同居・別居           |
|                     |                              |     |      | 同居・別居           |
| 上記以外の<br>同 居 家 族    | 氏 名                          | 続柄  | 氏 名  | 続柄              |
|                     |                              |     |      |                 |
|                     |                              |     |      |                 |
|                     |                              |     |      |                 |
| 加 入 保 険<br>(いずれかに○) | 国民健康保険・社会保険・共済組合・その他 ( )     |     |      |                 |
| 振 込 先               | 金融機関名                        | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人<br>(カタカナ) |
|                     |                              |     |      |                 |

※添付書類 ○健康保険証  
○振込口座通帳の写し

※以下は記入しないでください。

|    |                            |
|----|----------------------------|
| 該当 | 非該当 婚姻・児童年齢超過・所得制限・その他 ( ) |
|----|----------------------------|