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

氏名

電話

下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td>該当要件
（いずれかに○）</td><td colspan="4">死亡・離婚・未婚の母・遺棄・障害・拘禁・生死不明・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="7">該　当　者</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>同居・別居の別</td></tr>
<tr><td></td><td>本人</td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外の
同 居 家 族</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>加 入 保 険
（いずれかに○）</td><td colspan="4">国 民 健 康 保 険 ・ 社 会 保 険 ・ 共 済 組 合 ・ そ の 他
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振　込　先</td><td>金融機関名</td><td>支店名</td><td>口座番号</td><td>口座名義人
（カタカナ）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

※添付書類　○健康保険の資格確認書等

○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 （　　）