

ひとり親家庭等医療費受給資格

( 取得 ・ 再交付 申請書 及び  
変更 ・ 喪失 届出書 )

		新規(変更・喪失)	変更前	事由					
対象者の状況	扶養義務者	受給者番号 (ふりがな)			<b>1 新規</b> <input type="checkbox"/> 新規申請 (死別・離別・行方不明) <input type="checkbox"/> 他市区町村からの転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )  上記の事由発生年月日 ( 年 月 日)  <b>2 変更</b> <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内転居(住所変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 18歳以上の子に係る更新 <input type="checkbox"/> その他 ( )  上記の事由発生年月日 ( 年 月 日)  <b>3 喪失</b> <input type="checkbox"/> 母の婚姻 <input type="checkbox"/> 重度身障該当 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 <input type="checkbox"/> その他 ( )  上記の事由発生年月日 ( 年 月 日)  <b>4 再交付</b> ( 年 月 日)				
		対象者氏名	男女	男女					
		個人番号							
		生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日					
	子の状況	受給者番号 (ふりがな)							
		対象者氏名	男女	男女					
		個人番号							
		生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日					
	子の状況	受給者番号 (ふりがな)							
		対象者氏名	男女	男女					
		個人番号							
		生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日					
子の状況	受給者番号 (ふりがな)								
	対象者氏名	男女	男女						
	個人番号								
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日						
医療保険の加入状況	保険者名 (保険者番号)			上記の事由発生年月日 ( 年 月 日)  <b>4 再交付</b> ( 年 月 日)					
	所在地								
	記号・番号								
	加入者氏名 (続柄)								
父母等の状況	別居の子の氏名			※受給者証 年 月 日交付 年 月 日回済 年 月 日回予					
	別居している子がいる場合								
	別居地								
	別居の理由								
状況	父	氏名	生存 死亡 年 月 日						
		氏名	生存 死亡 年 月 日						
状況	母	氏名	生存 死亡 年 月 日						
		氏名	生存 死亡 年 月 日						
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 受給資格認定に際し、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、高額療養費支給申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、医療機関に支払った自己負担額の状況及び付加給付金の状況につき、東川町長が加入する健康保険者等に対し確認(照会)することに同意します。 東川町長様 年 月 日 申請者 住所 上川郡東川町 (居住地) 氏名 電話番号 - -			※システム登録日 年 月 日 <table border="1"> <tr> <th>システム</th> <th>名簿</th> <th>児扶手</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	システム	名簿	児扶手			
システム	名簿	児扶手							
※決定欄	課長	室長	主任等	合議					
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認める。			適用年月日	年 月 日				
2 右の理由により、上記申請を却下する。			却下理由						