第１号様式（第３条関係）

中泊町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

令和　　年　　月　　日

中　泊　町　長　殿

住　所　中泊町大字

申請者　氏　名　　印

給付対象者	ふりがな				
	氏　　名				
	生年月日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日
	続　　柄				
	申請者との同居・別居の別	同居　・　別居	同居　・　別居	同居　・　別居	同居　・　別居
	父または母の氏名				
	ひとり親家庭等となった原因				
	ひとり親家庭等となった年月日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日	SHR　年　月　日
	加入保険　保険の種類				
	加入保険　記号				
	加入保険　番号				
	加入保険　付加給付の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
	加入保険　保険者				
	加入保険　所在地				
資格証交付番号		第　　号			

給付対象者と　認める　給付対象者と認める年月日　令和　年　月　日

認めない　認めない理由