

様式第1号(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> 中泊町長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">住所 申請者 氏名</div>					
給 付 対 象 者	ふりがな 氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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
	父又は母の氏名				
	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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
加 入 保 険	保険の種類				
	記号番号				
	付加給付の有無				
	保険者				
	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 年 月 日 給付対象者と認めない 認めない理由					