

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

ニセコ町長 片 山 健 也 様

住所：
氏名：
申請者 個人番号：
対象者との続柄：
電話番号：

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。
受給資格の登録及び継続（更新）のため、受給者及び受給者の世帯員並びに生計維持者の住民登録資料、税務資料
その他について調査されることに同意します。

申 請 事 由		1 ひとり親認定 2 転入 3 他公費異動 4 その他（ ）										
※ 受 給 者 番 号												
申請内容	受給対象者	親子の別		親		子						
		フリガナ										
		氏 名										
		生 年 月 日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		
		個 人 番 号										
		同居・別居別				同居・別居		同		同		
		別 居 地										
		別居の理由										
	受給資格要件	受給状況		父		母						
		氏 名		父		母						
		状 況		生存・死亡(年 月 日)				生存・死亡(年 月 日)				
		ひとり親家庭等となった事由		死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障がい・ 両親の死亡・両親の行方不明・その他（ ）						発 生 年 月 日 年 月 日		
	医療保険	保 険 者		1 国保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 共済組合 5 その他（ ）								
		保 険 者 番 号		記 号 番 号		被 保 険 者 氏 名		付加給付		有・無		
振込を希望する金融機関		金 融 機 関 名		(支店)				口 座 番 号				
								名 義 人				
※決定欄	世帯区分		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 所得超過 ☐ 所得情報なし(海外から転入)				公簿による所得確認 確 認 者 職 氏 名		年 月 日			
	課 長		係 長		合 議		提 議					
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：											
	受 給 者 番 号				証 種 別		親 初 ・ 親 課					
	決 定 年 月 日		年 月 日		取 得 年 月 日		年 月 日					

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。