

ひとり親家庭医療費受給者証交付申請書

年 月 日

久万高原町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおりひとり親家庭医療費受給者証の交付を申請します。

区 分		母又は父（扶養者）	児 童 （被 扶 養 者）	
受給者番号				
氏 名		(1)	(2)	(3)
性 別				
生 年 月 日				
個 人 番 号				
続 柄				
職 業				
就学している者の学校名				
重 度 障 害 者	身体障害者手帳の交付番号及び障害等級			
	療育手帳の交付番号及び判定記号			
加 入 医 療 保 険	氏 名	(1)との続柄		勤務先
	住 所	所在地		
	種 別 国・協・組・船・共	記 号		番 号
	名 称	付加給付 有・無		
	所 在 地			
	資格取得月日	(1)の加入 .	(2)の加入 .	(3)の加入 .
住所設定日	(1) .	(2) .	(3) .	(4) .
有効年月日	(1) .	(2) .	(3) .	(4) .
添 付 書 類	1 前年の所得に対し、所得税の納付義務がない旨の所轄税務署等の証明書 2 児童が就学を理由とする場合は、在学証明書 3 児童が父母のないことを理由とする場合は、申請者の扶養事実申立書			

確 認	住基	所得	審査	決定年月日
			1 認定 2 却下（理由）	. .

裏面にも記入→

委 任 状

愛媛県内に所在する社会保険各法に定める保険医療機関等の開設者を代理人と定めひとり親家庭医療費助成金の請求及び受領の権限を委任します。

ひとり親家庭医療に係る高額療養費等の支給申請・請求等一切に関すること、及び町県民税又は所得の確認の権限を久万高原町長に委任します。

年 月 日

住所 久万高原町 _____

氏名 _____