

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

南 部 町 長 様

住 所

申請者 氏 名 ㊞

連絡先

ひとり親家庭等となった原因	離婚・死別・未婚・遺棄・障害・保護命令 ・その他()
---------------	--------------------------------

ひとり親家庭等となった年月日	年 月 日
----------------	-------

申請者等に関する事項		氏 名	生年月日	申請者との 続柄	申請者との 同居・別居の別	
		個 人 番 号				
	申請者		年 月 日	年 月 日		
			<町記入欄> 交付資格証番号 第 _____ 号			
	児童		年 月 日			同居・別居
			<町記入欄> 交付資格証番号 第 _____ 号			
	児童		年 月 日			同居・別居
			<町記入欄> 交付資格証番号 第 _____ 号			
	児童		年 月 日			同居・別居
			<町記入欄> 交付資格証番号 第 _____ 号			

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・()			
		本店・営業部・支店・出張所			
	店 番		口座番号		

加入保険	保険種別	組合・社保・国保・その他()		組合・社保・国保・その他()		
	記号番号	記号	番号	記号	番号	
	保険者名					
	保険加入者	全員・親のみ			子のみ	
	加入年月日	年 月 日			年 月 日	

受給資格の認定(更新)申請に係る所得要件判断のため、当該年度分の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、世帯全員(同居親族含む)の同意(裏面)を得ていることを申し添えます。

申請者 氏名

(裏)

同意書

下記の者は、南部町健康福祉課が南部町ひとり親家庭等医療費給付条例第3条に基づき事務手続きを処理するために限って 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	(申請者の)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	(申請者の)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	(申請者の)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	(申請者の)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。なお、同意する者が申請者と同居している場合は、を記入することにより住所の記入を省略してもよい。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。