

ひとり親家庭医療費受給資格証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

門川町長 殿

住所 門川町

申請者 電話（ ）

氏名

氏 名	続 柄	生 年 月 日	同居・別居の別	氏 名	続 柄	生 年 月 日	同居・別居の別
	本人				子		同 ・ 別
	子		同 ・ 別		子		同 ・ 別
	子		同 ・ 別		子		同 ・ 別
加 入 医 療 保 険 名							
被 保 険 者 氏 名				保 険 証 記 号 番 号			
加 入 保 険 名		組 政 日 船 国 共		名 称 所 在 地			
交 付 年 月 日				附 加 給 付 の 状 況			

所得額状況		円（扶養 人）		児童扶養手当母子福祉年金記号 番号		宮児・宮児扶	
		所得制限限度額 円					
決定額	該 当 要 否	1. 該 当	ア 死 亡 イ 離 婚 ウ 遺 棄 エ 生 死 不 明 オ 廃 疾 カ 拘 禁 キ 未 婚 ク そ の 他	2. 非該当			
	非 該 当 理 由	ア 結（再）婚 イ 所得制限超過 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者がいるようになった オ その他					

※太枠の中だけ記入してください。
《振込希望金融機関》

金融機関名	支店名	口座番号	口座名義（カタカナ）