

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 生不 オ 廃疾 カ 拘禁 キ 未 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)