様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 深浦町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  深　浦　町　長　 殿  申請者　　住　所　　深浦町大字  氏　名  連絡先 | | | | | | | |
| 給　　　　　　付　　　　　　対　　　　　　象　　 　　　者 | ふ り が な  氏　　　　　名 | | |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 続　　　　　柄 | | |  |  |  |  |
| 申請者との同居・別居の別 | | | 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 |
| 父又は母の氏名 | | |  |  |  |  |
| ひとり親家庭等  となった原因 | | | 離婚・未婚・死別  その他(　　　　) |  |  |  |
| ひとり親家庭となった年月日 | | | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 加　　入　　保　　険 | 保険の種類 | | 国保　社保 |  |  |  |
| 記号番号 | |  |  |  |  |
| 附加給付の有無 | |  |  |  |  |
| 保険者 | |  |  |  |  |
| 所在地 | |  |  |  |  |
| 資格証交付番号 | | | | 第　　　　　　　　　　号 | | | |
| 給付対象者と | | | 認める ･･･ 給付対象者と認める年月日［ 　　　 　年　　 月　 　日 ］  認めない ･･･ 認めない理由［　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　］ | | | | |