様式第１号（第11条関係）

太子町ひとり親家庭医療証交付（更新）申請書

年　　月　　日

太　子　町　長　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。
なお、以後医療費の助成に関し、確認が必要な場合は、課税台帳等の公簿により所得・課税状況や資格等を確認することを承諾します。

<table>
<tr><td colspan="3">申　請　理　由</td><td colspan="8">1　ひとり親家庭該当　　2　転　入　　3　生保廃止
4　所得制限非該当　　5　更　新　　6　そ の 他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">対象者</td><td colspan="2">居　住　地</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">①父母又は養育者</td><td rowspan="2">フリガナ
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="2">児童扶養手当受給の有無</td><td rowspan="2">有・無</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>・　・</td></tr>
<tr><td rowspan="8">②児　童</td><td rowspan="2">フリガナ
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="2">①との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>・　・</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="2">①との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>・　・</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="2">①との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>・　・</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2"></td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="2">①との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>・　・</td></tr>
<tr><td rowspan="7">加入医療保険</td><td rowspan="2">被保険者等</td><td>住　所</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="5"></td><td>①との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保　険　種　別</td><td colspan="5">協・組・日・船・共・国・国組</td><td>附加給付</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td colspan="2">記　号　番　号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">資格取得年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">発行機関</td><td>所在地</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td><td>保険者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">児童扶養手当証書の番号</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

町処理欄	資格取得日	年　　月　　日	受付	
	証　交　付　日	年　　月　　日		

（注）児童扶養手当を受給していない方は、別紙１及び別紙２の書類を提出してください。