

ひとり親家庭医療費受給者証交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

住 所 砥部町.....

申請者 氏 名 ⑩

連絡先(電話) (- -)

下記のとおりひとり親家庭医療費受給者証の交付を申請します。

なお、愛媛県内に所在する医療保険各法に定める保険医療機関・療養取扱機関等の開設者を代理人と定め、ひとり親家庭医療費助成金の請求並びに受領の権限を委任します。

また、申請にあたり、世帯主の個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意します。

区 分	家庭主	児 童		
個人番号				
受給者番号				
氏 名				
性 別				
生年月日				
続 柄				
職 業				
就学している者の学校名				
子ども・重度心身障害者医療費の助成対象者				
加入医療保険	種 別	国保・国組・協会・健組・船員・日雇・共済・後期		
	記号番号			
	名 称			
	所 在 地			
	付 加 給 付	有・無	資格取得年月日	年 月 日
添 付 書 類	1 前年の所得に対し、所得税の納付義務がない旨の所轄税務署等の証明書 2 児童が就学を理由とする場合は在学証明書 3 児童が父母のないことを理由とする場合は申請者の扶養事実申立書			

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

担当者確認		決定年月日
課 税 非課税		年 月 日