

深川市ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ー  
主たる生計維持者

深川市健康づくり及び医療費助成に関する条例の適用を受けたいので、下記の内容を付して受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の確認にあたっては、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況（申請者が母又は父である場合、児童扶養手当受給の有無、現況届等における母又は父及び児童が受け取った養育費の申告額等を含む。）について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。

※ 受 給 者 番 号						
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	親・子の別	親	子		
		フリガナ				
		対 象 者				
		生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	同 居 ・ 別 居	同居・別居	/	別居・同居	別居・同居	別居・同居
		別 居 地				
別居の理由						
受 給 資 格 要 件 の 状 況	ひとり親家庭等 となった理由	死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・ 配偶者の障がい・両親の死亡・両親の 行方不明・その他	発生年月日	年 月 日		
医 療 保 険	記号・番号					
	被保険者		保険者の名称			

課 長	主 幹	課長補佐	係 長	主 査	係

有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日  
交付日 年 月 日