

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証 { 交付更新 } 申請書					
医療費の給付を受ける者	氏 名	性別	住 所	生 年 月 日	申請者との続柄
	かみ 函南 花子	男・♀	函南町平井 717-13	S.50年6月10日	本人
	かみ 函南 太郎	♂・女	函南町平井 717-13	H.18年5月20日	子
		男・女		年 月 日	
		男・女		年 月 日	
		男・女		年 月 日	
加入医療保険	名 称	国民健康保険・社会保険・健康保険組合・共済組合			
	記号番号	記 号	1 2 3 4	番 号	5 6 7 8
	保険者名 (事業主名)	〇〇健康保険組合			
	所 在 地	函南町平井〇〇-〇〇		付加給付の有無	
	加入者名	函南 花子		有 ・ 無	
支払希望 金融機関	名 称	口座名義	口座種別	口 座 番 号	
	〇〇銀行 〇〇支店	カタカナで記入 カンナミ ハナコ	普通・当座	0 0 0 0 0 0 0	
母子家庭、父子家庭 父母のない児童	イ 死別 ロ 離別	ハ 生死不明 ニ 遺棄	ホ 海外にいる ヘ 拘禁	ト 精神又は身体の障害 チ 未婚の母	
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。</p> <p>函南町長 仁科 喜世志 様</p> <p style="text-align: right;">令和5年6月30日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 函南 花子</p> <p style="text-align: right;">電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p>					
<p>上記の申請に必要な所得等の調査をすることに異存ありませんので、課税台帳等の課税資料の閲覧を承諾いたします。</p> <p style="text-align: right;">承諾者氏名 函南 花子</p>					
受 付	受給資格	受 給 者 証			
年 月 日	有・無	受給者番号	発行	年 月 日	
所得税の有無	有・無	公簿等による確認	住民台帳	課税台帳	有効期間
市町村民税課税状況		課 税 ・ 非課税			