

母子及び父子家庭医療費 〔 受給者証交付(再交付・更新)申請書 受給資格等新規・変更・喪失届 〕

		新 規 (変 更 ・ 喪 失)	備 考	事 由										
親	(ふりがな)		性別	1 新 規 <input type="checkbox"/> 母子及び父子家庭となった <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)										
	氏 名	(年 月 日生)	男 ・ 女											
児 童	(ふりがな)		性別	2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)										
	氏 名	(年 月 日生)	男 ・ 女											
	(ふりがな)		性別		受給者番号									
	氏 名	(年 月 日生)	男 ・ 女		受給者番号									
(ふりがな)		性別	受給者番号	3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 義務教育終了 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)										
氏 名	(年 月 日生)	男 ・ 女	受給者番号											
住 所	東郷町		〔 下記住所に同じ 〕	4 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 再交付年月日 (. .)										
医 療 保 険 の 加 入 状 況	(被保険者、組合員、又は世帯主の氏名)		〔 別紙 保険証写し 参照 〕	4 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 再交付年月日 (. .)										
	続柄()													
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)													
	(保険者の名称)	保険者番号()												
区 分	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1 死亡</td> <td style="width: 50%; border: none;">6 配偶者の障がい</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2 離婚</td> <td style="border: none;">7 拘禁</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3 生死不明</td> <td style="border: none;">8 未婚の母又は父</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4 遺棄</td> <td style="border: none;">9 父母のいない児童</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">5 海外</td> <td></td> </tr> </table>		1 死亡	6 配偶者の障がい	2 離婚	7 拘禁	3 生死不明	8 未婚の母又は父	4 遺棄	9 父母のいない児童	5 海外			
1 死亡	6 配偶者の障がい													
2 離婚	7 拘禁													
3 生死不明	8 未婚の母又は父													
4 遺棄	9 父母のいない児童													
5 海外														
<p>上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。 なお、受給資格認定について、私の所得等の状況について、確認事務を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 住 所 東郷町 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">東 郷 町 長 殿 電 話 番 号 _____ (自 宅 ・ 携 帯)</p>														

備考 該当する□の中にレ点をつけてください。

処理確認者	
-------	--