

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格登録(更新)申請書

年 月 日

九重町長

殿

申請者 住所  
氏名  
電話

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格の登録を申請します。

記

1 助成対象者

氏名	続柄	生年月日	性別	同居・別居	備考
	申請者				
	個人番号				
	個人番号				
	個人番号				

2 加入医療保険

被保険者等の氏名		申請者との続柄	
保険種別		記号番号	
保険者の名称		保険者の所在地	
資格取得年月日			

3 同意

ひとり親家庭等医療費受給資格登録(更新)のために、申請者及び助成対象者の住民情報、医療保険給付関係情報、生活関係情報、課税資料(所得状況)を九重町が公募などにより確認することに同意します。

はい いいえ (同意しない場合は、これらを証明する書類を提出してください。)

4 備考