

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 九重町大字  
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

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		資格取得年月日	
保険者の所在地			

3 備考

※決定欄	該当要否	1. 該当	該当理由	ア. 死亡 イ. 離婚 ウ. 遺棄 エ. 生死不明 オ. 廃疾 カ. 拘禁 キ. 未婚 ク. その他
		2. 非該当	非該当理由	ア. 結婚(再) イ. 所得制限 ウ. 児童の年齢超過 エ. 事実婚 オ. 公的年金受給開始 カ. その他( )