

課長	主査	グループ

様式第2号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

個人番号 _____

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の審査にあたり、私及び扶養義務者の課税台帳等の公募を閲覧することに同意します。

受給者の状況	父・母と子の別	父 ・ 母	子		
	受給資格者	カ ナ			
		氏 名			
		個人番号	- -	- -	- -
	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)
	申請者との続柄				
	申請者との同・別居	—	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居
	父(配偶者)の氏名	—	生存 死亡	生存 死亡	生存 死亡
母(配偶者)の氏名	—	生存 死亡	生存 死亡	生存 死亡	
ひとり親家庭等になった理由	死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害 両親の死亡・両親の行方不明・その他			発生年月日 年 月 日	
加入医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国	被保険者の氏名		
	記号番号				
	被保険者証発行機関名		所在地		

◎字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

備考	受給者番号		受付印
	児童手当 認 定 …… 同日 手続済		
	額改定 …… 同日 手続済		
	職場で手続き		
児童扶養手当 認 定 …… 同日 手続済			

高額療養費代理受領委任状

受任者 美幌町長

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私の世帯員である _____ の _____ 年 _____ 月 _____ 日以降の療養に係る高額療養費の受領に関する事。ただし、保険者が当該療養に係る一部負担金に相当する金額を療養取扱機関に支払う場合であって、かつ、美幌町子ども医療費助成条例、美幌町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例の規定により、貴町が医療保険の自己負担分を当該医療保険機関に支払うことに限る。

なお、上記により受領した高額療養費については、貴町が療養取扱機関等に支払う当該療養にかかる医療費に充当されたい。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 美幌町字 _____

委任者 _____

氏名 _____

加入 医療 保険	名称	記号番号
	所在地	被保険者の氏名

◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

※同居扶養親族がいる場合は次へ記載してください。

扶養義務者①	氏名	
	個人番号	
扶養義務者②	氏名	
	個人番号	
扶養義務者③	氏名	
	個人番号	

※ 審 査 (この欄は記入しないでください。)

確 認 者	
所 得 の 状 況	公簿確認 証明書添付 その他()
道補助対象区分	補助対象 補助対象外
備 考	