

様式第2号(第3条・第4条関係)

母子・父子家庭医療費受給者証 { 交 付 } 申 請 書 { 更 新 }				
年 月 日				
(宛先)愛西市長				
申請者 住 所 氏 名 電話番号				
下記のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の { 交 付 } を申請します。 { 更 新 }				
区 分	母・父	児		童
住 所				
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
申請者との続柄				
職 業 ・ 学 校 名				
※ 受 給 者 証 号 記 号 番 号				
加入医療保険	被 保 険 者 名 氏 名		続 柄	住 所
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			附 加 給 付 等 の 有 無 有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所 在 地	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		
母子・父子家庭となった理由	1. 死亡 2. 離婚 3. 生死不明 4. 遺棄 5. 海外 6. 精神身体の障害 7. 拘禁 8. 未婚 9. 父母のいない児童			
※ 確 認 公 簿 名 等	住民基本台帳・市民税課税台帳			確認者：
※ 受 給 資 格 認 定	適 ・ 否 年 月 日			

(注) 加入保険が母・父と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。

※印の欄は、記入しないでください。