

規則様式第1号 その2

受付	年 月 日		決裁	年 月 日		発行番号簿	年 月 日	
町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	返戻保留カード	判定依頼	
						再提出月日	回答月日	
						医療証（資格証）発行の可否	要 否	

福祉医療費医療証（資格証）										交付・変更・更新 申請書（ひとり親用）			記載例	
世帯の状況	ひとり親医療該当 非該当の別	ふりがな 氏 名		生年月日	続柄	勤務先又は在学校名・学年		他の公費負担 医療証の番号		備考				
		ふ り が な ○ ○ ○ ○		×××	本人	○○株式会社								
		ふ り が な ○ ○ ○ ○		×××	子	▲▲高校○年								
加入医療保険	被保険者氏名	○ ○ ○ ○			被扶養者名	○ ○ ○ ○		住所	隠岐の島町○○○					
	保険種別	政、組、日、船、共、 国 、高			被保険者証の 記号番号（枝番）	××-*****			附加給付 等の有無					
	被保険者証 発行機関名	隠岐の島町国民健康保険			事業所名	□□□□□		所在地	△△△△△					
申請事由		ひとり親家庭であるため				児童扶養手当		受けている 受けていない				番 号		
* 審査		所得税【 課税 ・ 非課税 】世帯 / 住民税【 課税 ・ 非課税 】世帯 / 区分【 制限超 ・ 一般 ・ 低所得 】に決定する												
助成開始年月日		年 月 日												
上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（変更・更新）を申請します。 なお、福祉医療対象者の公的年金等を除く所得額及び控除額について、市町村町民税課税台帳により確認されることを隠岐の島町長に委任します。 ×年 ×月 ×日 申請者 住所 隠岐郡隠岐の島町○○○○○ 氏名 □□□□□ 隠岐の島町長 様														