

第1号様式

東通村ひとり親医療費受給資格証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

東通村長 殿

世帯主住所 東通村大字 _____

世帯主氏名 _____ ㊞

保護者氏名 _____ ㊞

（世帯主と同じ場合は「同上」と記載してください。）

連 絡 先 _____

東通村ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。

1.対象者

子どもの氏名	性 別	生年月日
	男・女	H・R 年 月 日

2.健康保険証

保険の種別	保険証の記号	保険証の番号
国保・社保		

3.償還払いの場合の振込口座（基本は現物給付となります）

口座名義	金融機関名	店 名	口座番号

以下は、東通村確認欄

公費負担番号	82020546	受給資格証番号	2	0	0				
--------	----------	---------	---	---	---	--	--	--	--