

別記様式第1号（第2条関係）

母子及び父子家庭医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

（宛先）えびの市長

申請者	住 所	
	氏 名	印
	個人番号	
	電 話	

下記のとおり交付を申請します。

氏 名	続柄	生年月日	同居 別居	氏 名	続柄	生年月日	同居 別居
加 入 医 療 保 険 名							
被保険者氏名				保険証記号番号			
保 険 種 別				名 所 在 地			
資格取得年月日				附加給付の状況			
所得額状況				※ 児童扶養手当・ 母子福祉年金 記号番号			
※ 決 定 欄	該当要否	1 該 当	ア 死 亡 オ 障 害 イ 離 婚 カ 拘 禁 ウ 遺 棄 キ 未婚の母 エ 生死不明 ク そ の 他			2 非該当	
	非 該 当 理 由	ア 婚姻 イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者の生死が明らかになった オ その他					

※ この欄は記入しないでください。