別記

様式第１号（第２条関係）

寡婦医療費受給資格証交付申請書

　　　　年　　月　　日

（宛先）えびの市長

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所  申請者　氏　　名  　　　　電　　話 | 印 |

下記のとおり交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | 生年月日 | | | 年齢 | | |
|  | 年　　　月　　　日 | | | 歳 | | |
| 加入医療保険 | 被保険者名 | 保険名 | 記号番号 | 資格取得年月日 | | | |
|  | 国保 ・ 社保 |  | 年　　月　　日 | | | |
| 受給資格適否 | 住民登録 | 市民税 | 所得額 | 扶養親族 | | 確認印 |  |
| 有・無 | 有　・　無 | 円 | 人 | |
| 該当適否 | 非該当理由〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 適・否 |

※　太枠の欄は記入しないでください。