様式第1,3号(第3,5条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者資格認定（受給者証更新）申請書

　令和　　年　　月　　日

　江田島市長　　様

住所　江田島市

申　請　者　　氏名

　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり認定（更新）申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 更新該当・非該当の別 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 勤務先又は在学校名，学年 | 所得税の状況 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 該当・非該当 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 申請事由 | 　 |
| 公的年金又は児童扶養手当受給状況　　 | 受けている(名称　　　　記号番号　　　　)受けていない |
| 加入保険 | 記号番号 | 保険者 | 所在地 | 付加給付の状況 |
| 　 | 　 | 　 | 有　・　無 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 | 受給資格 | 有　・　無 |
| 登録番号 | 　 | 発行年月日 | 年　　月　　日 |
| 有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日 |
| 決裁 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |