

様式第2号(第11条、第12条、第13条関係)

ひとり親家庭医療証(交付・更新・再交付)申請書

発行事由	1. 新規	2. 転入	3. 生活保護の廃止	4. 保険加入	5. 資格復活
	6. 紛失	7. 盗難	8. 破損、汚損	9. その他( )	
受給者	①保護者又は養育者氏名		生年月日		
	②児童氏名		生年月日		
			生年月日		
加入保険	保険種別	協 組 日 船 共 国 国組 自 特定 後期			
	保険者名		保険者番号		
	被保険者名		①との続柄		
	記号		番号		

松原市長 殿

上記のとおり、医療証の(交付・更新・再交付)申請をいたします。  
なお、申請に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。  
また、家族の所得等を調査されることについて、家族の承諾を得ています。

年 月 日

住所

申請者  
(保護者)

氏名

㊟

電話番号

----- 市 役 所 記 入 欄 -----

決 裁				資 格 取 得 日	受付印
課長	課長補佐	係長	係員	年 月 日	
				保 護 者 受 給 者 番 号	