

㊦ 受給資格認定請求書

※受給資格者証記号番号

受給資格者	ふりがな	<input type="text"/>	住 所	<input type="text"/>
	氏 名	<input type="text"/>		
	生年月日	年 月 日 (才)		
扶養義務者	氏 名	<input type="text"/>	住 所	<input type="text"/>
	受給資格者との続柄	<input type="text"/>		

ひとり親家庭等医療費の受給資格について、認定を申請します。

年 月 日

直島町長 殿

請求者氏名

㊥

加入 保 険 の 状 況	被保険者	氏 名	<input type="text"/>	住 所	<input type="text"/>
		本人との続柄	<input type="text"/>		
	保険の種類	日・政・組・船・共・国・後期		被保険者証の記号番号	<input type="text"/>
	被保険者証発行機関名	<input type="text"/>		所在地	<input type="text"/>
	付加給付の有無	有・無	有の場合の内容	<input type="text"/>	
所得の状況	条例第5条第3項該当 (非課税世帯)		非該当		

(市町事務処理欄)

※資格認定	該 当 (区分A ・ 区分B) 非該当			(遡及支給 円)		
※所得の確認	本 人	配偶者	扶養義務者	備 考		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
※重心医療該当	該 当 ・ 非該当					
※受付年月日	年 月 日	決 裁 欄				
※決裁年月日	年 月 日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※交付年月日	年 月 日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※欄は、市 (町) において記入します。