

様式第 1 号(第 2 条関係)

決 裁	副町長	課長	係長	担当	受付	平成	年	月	日	
					伺	平成	年	月	日	
					決定	平成	年	月	日	
					発行	平成	年	月	日	
受給資格適否 適・否(理由)							父 子 の 状 況	1	死	別
								2	離	婚
								3	遺	棄
父子家庭医療費受給資格者証交付申請書 平成 年 月 日 綾町長 様 住 所 綾町大字 世帯主氏名 印										
受 給 対 象 者	氏	名	性別	世帯主と の続柄	生	年	月	日	備 考	
					昭 平	.	.			
					昭 平	.	.			
					昭 平	.	.			
					昭 平	.	.			
加入している	加 入 者		種 類	記番号	附加給付	事業所の名称				
健康保険										
備考										