

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
<u>受給資格適否</u> 適・否(理由)								母子の状況	1 死別 2 離婚 3 遺棄
母子家庭医療費受給者資格認定申請書 平成 年 月 日 綾町長 殿 申請者 住所 綾町大字 氏名 印									
受 給 対 象 者	氏名	性別	世帯主との続柄	生年月日	所得の状況	備考			
				・ ・	課税・非課税				
				・ ・	課税・非課税				
				・ ・	課税・非課税				
				・ ・	課税・非課税				
				・ ・	課税・非課税				
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							
加入している健康保険	加入者	種類	記号番号	附加給付	事業所の名称				
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
備考									