様式第２号（第３条第４条関係）

|  |
| --- |
|  母子・父子家庭医療費受給者証　交付・更新　申請書 年 　　月 　 日 蟹 　江 　町 　長 　殿 　　　　　 　　　 蟹江町 　　　申 請 者 住 所　　  　 氏　名 　　　　　　　　　 　電話　　－ 下記のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の交付・更新を申請します。 |
| 区　　　　　　　分 |  母 ・ 父 |  児　　　　　　　　童 |
| 住　　　　　　　所 |  |  |  |  |
| 氏　　　　　　　名 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ※ |  ８５０ |  ８５０ |  ８５０ |  ８５０ |
| 加入医療保険 |  |  |  記　号 番　号 |  |
|  |  国 保 ・ 国保組合 ・ 政 管 ・ 組 合 ・ 船 員・ 日 雇 ・ 共 済 |
| 保険者 | 名　　　称 |  |
|  |  |
| 資格取得年月日 | 　 　 年　　　月 　 日 |   |  有　　　無 |
| 母子・父子家庭に | 　１ 死亡　２ 離婚　３ 生死不明　４ 遺棄　５ 海外　６ 精神身体の障害　７ 拘禁　８ 未婚の母　９ 父母のいない児童 |
|  |
| ※ |  |  印 |
| ※ |  適 ・ 否 　　　　　　　　　　　　 年　　　月 日 |

（注） 加入保険が父母と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。

 ※印の欄は、記入しないでください。