

西目屋村ひとり親家庭等医療費受給者資格証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

西目屋村長 殿

住所 西目屋村大字
申請者 氏名

*太枠内を記入ください。

対象者	ふりがな 氏名					
	生年月日	昭 ・ 平	年 月 日	平 ・ 令	年 月 日	
	続柄					
	申請者との 同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	父又は母の氏名					
	ひとり親家庭等 となった原因					
	ひとり親家庭等 となった年月日					
	加入 保 険	保険の種類				
		記号番号				
		附加給付の有無				
保険者						
所在地						

資格証交付番号

第 号

認める 対象と認める年月日 令和 年 月 日
対象者と
認めない 認めない理由

※所得確認

所得額		扶養数	人
控除	一律	80,000	(うち老人控除対象者 配偶者及び老人扶養 合計 人)
控除後の所得額		限度額	円

担当確認㊟