

ひとり親家庭等医療費受給資格認定（更新）申請書							
助 成 対 象 者							
氏 名	続 柄	生 年 月 日	同 居 別 居	氏 名	続 柄	生 年 月 日	同 居 別 居
加 入 医 療 保 険							
保 険 の 名 称				記 号 番 号	—		
被 保 険 者 名				付加給付の状況	無		
発 行 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地							
所 得 額	受 老 特 扶			児童扶養手当・母子	第 号		
	老 特			福祉年金記号番号	第 号		
上記により認定（更新）くださるよう申請します。 年 月 日 佐賀県杵島郡江北町長 様 住 所 申請者（受給者） 氏 名 (電話番号) 認定（更新）後、医療費助成金給付の際は、次の口座へ振り込んでください。							
振 込 希 望 金 融 機 関				口 座 番 号 名 義 人			

同 意 書	
認定（更新）又は助成額の決定に関して、課税資料等により確認することに同意します。 氏 名	

※ 決 定 欄	該 当	ア 死 亡 イ 離 婚 ウ 遺 棄 エ 生 死 不 明 オ 疾 病 カ 拘 禁 キ 未 婚 の 母 ク 一人暮らしの寡婦 ケ そ の 他	非 該 当	ア 所得制限 イ 児童の年齢超過 ウ 配偶者がいるようになった。 エ 一人暮らしでなくなった。 オ その他 ()

※印の欄は、記入しないでください。