

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
江北 花子	本人	H2.2.2		助成対象者全員分（母または父、児童）を記入してください。			
江北 一郎	子	H18.5.1	同居				
江北 二郎	子	H19.6.1	同居				

加入医療保険

保険の名称	協会けんぽ	記号番号	9999999 - 999
被保険者名	江北 花子		
発行機関の名称・所在地	全国健康保険協会 ○○支部		
所得額	受給者		
	扶養		
	老特		
	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。

令和 6 年 4 月 1 日

佐賀県杵島郡江北町長 様

住所 江北町大字山口1651番地1

申請者（受給者）

氏名 江北 花子

本人自署による署名の場合、押印不要です。

電話番号

0952-86-5614

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	○○銀行	○○支店	普通	口座番号 名義人	9999999 コウホク ハナコ
----------	------	------	----	-------------	---------------------

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 江北 花子

本人自署による署名の場合、押印不要です。

※決定欄	該当	非該当
	ア 死別 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	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。