様式第１号（第５条関係）

寡婦等医療費受給資格登録申請書

年　　月　　日

能美市長　　あて

申 請 者（本人）
住　　所
氏　　名
電話番号（　　）　　－

※医療費の助成資格の認定に必要な税関係書類を調査することに同意します。

対象者	氏　名	□申請者と同じ	生年月日	年　月　日
	住　所	□申請者と同じ		
	職　業		勤 務 先	

養育していた児童	氏名（フリガナ）	性別	生年月日	摘要
		男・女	年　月　日	
		男・女	年　月　日	
		男・女	年　月　日	

ひとり親家庭等の事由	1　離婚　2　死亡　3　重度障害　4　生死不明 5　遺棄　6　拘禁　7　未婚の母 8　その他（　　）
資格取得事由	

金融機関名		口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行 金庫 農協	本店 支店		

加入保険	記号番号	発行機関名	所在地
		□能美市（国民健康保険） □全国健康保険協会＿＿＿＿＿＿支部 □＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合	

※ 健康保険証の写し及びその他必要な関係書類を添付してください。

※ 所得税法上の扶養家族になっていますか。　（なっている・なっていない）

どちらかに○をしてください。