特別医療費受給資格調査票（ひとり親）　　令和　　年　　月　　日　　【受給者証番号　　】

下記の続柄の方を記入してください。住民票を別にしておられる方も記載が必要です。

続柄	氏　　名	生 年 月 日		住所	受給者番号
本人		昭 平 年 月 日			
子		平 令 年 月 日	同居・別居		
子		平 令 年 月 日	同 ・ 別		
子		平 令 年 月 日	同 ・ 別		
子		平 令 年 月 日	同 ・ 別		
父		昭 平 年 月 日	同 ・ 別		
母		昭 平 年 月 日	同 ・ 別		
兄弟姉妹		昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		
兄弟姉妹		昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		
兄弟姉妹		昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		
祖父		大 昭 年 月 日	同 ・ 別		
祖母		大 昭 年 月 日	同 ・ 別		
		大 昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		
		大 昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		
		大 昭 平 令 年 月 日	同 ・ 別		

同じ家にお住まいの方が左表記載以外で居られる場合備考に記載してください

備考