

記入例

ひとり親家庭の特別医療の申請に必要な書類です。
 別居でも父母、兄弟姉妹、祖父母について記入が必要です。
 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。
 氏名・生年月日・同居別居・住所を記載してください。

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】

続柄	氏名	生年月日	住所	受給者番号
本人	米子 ネギ親	昭平 年 月 日	米子市 □□□1丁目2番3号 202号	
子	米子 ネギ子1	平令 年 月 日	同居・別居 米子市□□□1丁目2番3号 202号	
子	米子 ネギ子2	平令 年 月 日	同・別 米子市□□□1丁目2番3号 202号	
子		平令 年 月 日	同・別	
子		平令 年 月 日	同・別	
父	米子 ▼▼▼	昭平 年 月 日	同・別 ○×市 ○○町456番地	
母	米子 ●●●	昭平 年 月 日	同・別 ○×市 ○○町456番地	
兄弟姉妹	米子 ▼▼▼	昭平令 年 月 日	同・別 米子市 ○○町110番地	
兄弟姉妹	米子 □□	昭平令 年 月 日	同・別 ×△市 □■町78-1	
兄弟姉妹		昭平令 年 月 日	同・別	
祖父	米子 □△▼	天昭 年 月 日	同・別 ▲○市 ○□町852番地	
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	

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

直系のご家族以外で同居の方がおられる場合は備考にご関係、氏名を記入してください。