

永平寺町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則を次のように公布する。

令和3年6月1日

福井県吉田郡永平寺町長 河 合 永 充

永平寺町規則第17号

永平寺町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

永平寺町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則(平成18年規則第59号)の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第3号を次のように改める。

様式第5号を次のように改める。

附 則

この規則は、令和3年6月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

年 月 日

永平寺町長 様

申請者 住所
(受給者) 氏名
電話

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)を受けたく申請いたします。

助成対象者	区分	氏名 個人番号	性別	続柄	生年月日	職業
	母					年 月 日
児童					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
寡婦					年 月 日	
受給者	氏名			資格要件		
	住所	永平寺町				
医療保険	保険名称			種別被保		
	記号番号			附加給付	有 ・ 無	
	世帯主、被保険者又は 組合員指名			取得日	年 月 日	
口座	金融機関	銀行・信金 農協・労金		口座番号	(普・当)	
	支店名	本店 支店		(フリガナ) 名義人		
扶養義務者等	氏名	性別	続柄	生年月日	個人番号	
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		

注 意 ① ※欄は記入しないで下さい。

② 加入医療保険が母と児童と異なる場合は、その旨申し出てください。

※《役場記入欄》

受付日	年 月 日	備考
認定日	年 月 日	

