

第1号様式

受 付	年 月 日
年月日	

寡婦及び寡夫医療費助成金受給資格者登録申請書	
年 月 日	
知名町長	殿
住 所 知名町 番地	
氏 名 印	

配偶者と死別又は離婚年月日	死別 離婚 その他	年 月 日
---------------	-----------	-------

対象者に係る社会保険	保 険 の 種 類	協 会 組 合 日 雇 船 員 共 済 国 保		
	被 保 険 者 証	記 号	番 号	第 号
	被 保 険 者 氏 名		附 加 給 付	有 無
	保 険 者 所 在 地		保 険 者 名 称	

※ この欄は記入しないでください。

該当 非該当の別	該当 非該当	決 裁 欄			
		課 長	補 佐	係 長	係
決裁年月日	年 月 日				
交付年月日	年 月 日				

【確認事項】

各項目のチェック欄(□)に『✓』を入れていただき、氏名をご記入ください。

生活保護を受けていません。

遺族年金を受給していません。

現在、独り暮らしです。

令和 年 月 日

申請者氏名