

様式第2号

ひとり親家庭等医療費助成資格者証

市町村番号		1	0	事業番号			
助成資格番号							
助成対象者	氏名						
	住所						
助成要件者	(フリガナ)					助成対象者との続柄	
	氏名						
	生年月日						
	住所						
加入医療保険	被保険者氏名						
	被保険者証 記号・番号						
	保険者名						
	附加給付の有無						
有効期間	自						
	至						
令和 年 月 日発行							
薩摩川内市長 田中 良二							
							