

福祉医療費受給者証交付申請書（子ども）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市
 申請者 氏 名
 (保護者) 電 話
 対象者との続柄 父 ・ 母 ・ ()

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号				
対 象 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
	個人番号			
保 護 者	氏 名	父：	母：	
	個人番号			
	同居・別居の別	同居 ・ 別居		同居 ・ 別居
	別居の場合の住所			
医 療 保 険	被保険者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父母以外 <small>父母の場合、氏名等は記入不要</small>		
	記号番号	保険者名称	所在地	
※確認書類	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書 (年度) <input type="checkbox"/> 医療保険情報 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 対象者の住民票 (市外居住者のみ) <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ 決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。					
	2 次の理由により上記申請を却下する。(却下理由：)					
	資格認定日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	証交付日	年 月 日
	資格取得理由	転入・出生・生保廃止・他公費喪失 (重度・ひとり親) ・その他 ()				
	区 分	乳初・乳課・所得制限 (未就学・小学生・中学生・高校生等)				
所得確認	係	係 長	課 長 補 佐	課 長	受 付 印	
(月 日)						

(注) ※欄は記入しないでください。