

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市
氏名
対象者との続柄 父・母・祖父母・（ ）
電話番号

受給者の認定及び受給者証の交付を申請します。

なお、資格要件の確認及び助成額の決定に関し必要がある場合には、生計維持者及び世帯員の所得、課税状況、住民登録情報、医療保険の資格情報、給付内容等について恵庭市が調査することに同意します。

対象者（お子さん）			
区分	氏名	保険者の名称（保険者番号）	受給者番号
初 ・ 課	フリガナ	()	
	生年月日		
	平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日
区分	氏名	保険者の名称（保険者番号）	受給者番号
初 ・ 課	フリガナ	()	
	生年月日		
	平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日
区分	氏名	保険者の名称（保険者番号）	受給者番号
初 ・ 課	フリガナ	()	
	生年月日		
	平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日
保護者（生計維持者）			
氏名	続柄（ ）	住所	<small>※上記と同じ場合は記入不要</small>

※認定年月日 令和 年 月 日

- 1 出生 2 転入 3 更新 4 ひとり親喪失 5 その他（ ）

※所得状況

所得控除後の額	円	住民税	課税 ・ 非課税
所得限度額	円	<input type="checkbox"/>	所得制限超過

※決定欄	1 申請内容が適当と認められるので、受給者証を交付する。					
	2 次の理由により、受給者証は交付しない。 所得超過 ・ その他（ ）					
	備考					
	課長	主査	担当	入力	決定年月日	
				令和 年 月 日	窓口交付（ / ） 郵送（ / ）	

注 ※欄は記入しないでください。