

子ども医療費受給者証交付申請書

記入日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

恵庭市 長 様

記入者の情報 申請者

住所 恵庭市 京町1番地

氏名 恵庭 岳男

対象者との続柄 父・母・祖父母・（ ）

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください

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となります。

申請されるお子様のお名前・生年月日・医療保険情報を記入してください

対象者（お子さん）			
区分	氏名	保険者の名称（保険者番号）	
初・課	フリガナ エニワ ハナエ 恵庭 花絵	えにわ健康保険組合 (012345678)	医療保険認定年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	生年月日	被保険者氏名	
	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	恵庭 岳男	
初・課	フリガナ エニワ タロウ 恵庭 太郎	同上	医療保険認定年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	生年月日	被保険者氏名	
	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	同上	
初・課	フリガナ	()	医療保険認定年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	生年月日	被保険者氏名	
	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		

保護者（生計維持者）			
氏名	続柄	住所	※上記と同じ場合は記入不要
恵庭 岳男	父		

※認定年月日... 世帯の主たる生計維持者（所得が高い方）を記入してください

単身赴任等で、生計維持者の住所が子どもの住所と別の場合はこちらも記入してください

※所得	所得制限超過	住民税	課税・非課税
所得限度額	所得制限超過		

記入不要です

※決定欄	1 申請内容が適当と認められ		2 次の理由により、受給者証は交付されません。	
	備考		所得超過	その他 ()
	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。