

# 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

(保護者) 氏名

(続柄: )

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、住民登録情報等について恵庭市が調査することに同意します。

フリガナ		住所	(上記と同じ場合は記入不要)	
対象者		住所		
生年月日	平成・令和 年 月 日生			
生計維持者	(対象者との続柄 )	住所	(上記と同じ場合は記入不要)	
加入医療保険	被保険者、組合員又は世帯主の氏名	(対象者との続柄 )	記号 番号	
	(保険者番号) 保険者の名称	( )	取得年月日 所在地	平・令 年 月 日

※認定年月日 令和 年 月 日

子ども医療費受給の兄弟姉妹 あり・なし

(出生・転入・更新・ひとり親喪失・その他)

受給者証番号	初・課	<input type="checkbox"/> 所得制限超過
--------	-----	---------------------------------

※所得状況

扶養人数	人 (うち老人 人)	所得額	円
控除額	円	所得控除後の額	円
住民税	課税 ・ 非課税	所得限度額	円

受給者の認定及び受給者証の交付をしてよろしいか。

※決定年月日	令和 年 月 日
--------	----------

※決定欄	課		主		担		入	
	長		査		当		力	

注 ※欄は、記入しないでください。