

子ども医療費受給者証交付申込書

千 歳 市 長 様

令和 年 月 日
申込者 氏 名 _____ 対象者との続柄 (父・母・祖父母・ _____)

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申し込みます。
 なお、医療費の助成に必要な範囲において世帯の所得及び課税状況の公簿等による確認を承諾します。

保 護 者 （ 生 計 維 持 者 ）	住 所	千歳市			健康保険資格 <input type="checkbox"/> 別紙					
	氏 名	ふりがな			(被保険者氏名又は組合員氏名) <input type="checkbox"/> 保護者（生計維持者）氏名に同じ					
	電話番号	— —			(記号・番号) —					
	単身赴任等の理由で、千歳市外に居住している方がいる場合は、ご記入ください。 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 2em; margin: 0 10px;">➡</div>	氏名				(保険者名称)				
		住所	(〒 —)			(保険者番号)				
生年月日		昭和・平成	年	月	日					
対 象 者 （ お 子 さ ん ）	氏 名		生 年 月 日		性別		個 人 番 号			
	①	ふりがな		平成 令和	年	月	日	男・女	当日交付・郵送(/)	
	②	ふりがな		平成 令和	年	月	日	男・女	当日交付・郵送(/)	
	③	ふりがな		平成 令和	年	月	日	男・女	当日交付・郵送(/)	
	④	ふりがな		平成 令和	年	月	日	男・女	当日交付・郵送(/)	
※ 決 定 欄	医療費の助成に必要な範囲における世帯の所得及び課税状況			課税・非課税 (所得金額)			円)	<input type="checkbox"/> 情報連携により所得・課税状況確認 (/)		
	取得事由	1 出生 2 転入 3 ひとり親喪失 4 その他()			発生年月日		令和	年	月	日
	課 長	係	係	係	決定年月日		令和	年	月	日
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。(令和 年 月 日から適用) 2 次の理由により、受給者証は交付しない。 理由 ()										