

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

留 萌 市 長 様

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との続柄  
電話番号 ( )

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。

(受給者証の交付にあたり、市が保護者等の所得確認を行うことに同意します。)

※ 受 給 者 番 号										
受給対象の 情報	対 象 者 名	ふりがな	ふりがな	ふりがな						
		氏名	氏名	氏名	男・女	男・女	男・女			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生						
(保護者等)の 被保険者 の情報	ふりがな	続 柄		住 所						
	氏 名									
	生 年 月 日	年 月 日								
※ 事 由	<input type="checkbox"/> 出生による資格取得 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者資格の取得 <input type="checkbox"/> その他 ( )				※資格取得日	年 月 日				
※ 決 定 欄	課 長		係 長		係		合 議		決 定 年 月 日	年 月 日
	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									

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。