

第1号様式（第3条関係）

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

幌延町長 様

保護者 住所 天塩郡幌延町

氏名

印

電話番号

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

| | | | | | |
|----------|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-----|
| 受給対象者の状況 | 受給者番号 | | | | |
| | ふりがな | | | | |
| | 受給対象者 | | | | |
| | 生年月日 | 令和 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) | |
| | 性別 | 男・女 | 男・女 | 男・女 | |
| | 個人番号 | | | | |
| | 保護者との続 保護者との住居 | 子 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 | |
| 家族構成 | 対象者との続 続 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 個人番号 | 職 業 |
| | 父 | | | | |
| | 母 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険種別 | 協・組・日・船・共・国 | 記号番号 | | |
| | 被保険者 (世帯主) | | 付加給付 | 有・無 | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | 所在地 | | |
| 添付書類等 | この申請書に『被保険者証』を添えること。 | | | | |

| | | |
|------|--|---|
| 同意事項 | 有効期限内における受給対象者世帯の所得状況等について確認することに同意いたします。 保護者氏名 | 印 |
|------|--|---|