

子どもの医療費受給者証交付申請書

岩見沢市長 様

年 月 日

＜ 申請者 ＞ (保護者)

住所	岩見沢市			電話	() - ()		
フリガナ				昭和	年	月	日
氏名				平成	年	月	日
	生年月日			続柄	父・母 その他()		
生計維持者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
	住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	氏名			昭和	年	月	日
	生年月日			平成	年	月	日
	続柄	父・母 その他()					

子どもの医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

受給者番号		
フリガナ		
①対象者氏名	生 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
審査	証期間 ~	<input type="checkbox"/> 3歳未満 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
受給者番号		
フリガナ		
②対象者氏名	生 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
審査	証期間 ~	<input type="checkbox"/> 3歳未満 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
受給者番号		
フリガナ		
③対象者氏名	生 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
審査	証期間 ~	<input type="checkbox"/> 3歳未満 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

医療保険	・社保等 (別紙保険証の写しのとおり) ・国保 (岩見沢 年 月 日から)	
------	--	--

同意書

この申請及び今後の更新に関して、主たる生計維持者の所得状況、並びに対象者及びその属する世帯の世帯員全員の市町村民税の課税状況について、岩見沢市が調査することに同意いたします。

申請者 _____

認定事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> ひとり親喪失 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 年齢拡大 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 重度喪失 <input type="checkbox"/> その他 ()						
所得状況	扶養人数	所得金額			決 定		受 付 印
		円			年 月 日		
交付年月日	年 月 日	窓口・郵送		決 裁			
備考		証	台帳	住基	税	課長	係長