

子どもの医療費受給者証交付申請書

岩見沢市長 様

R3 年 4 月 1 日

< 申請者 > (保護者)

お子さんの父または母の名前を記入してください。

住所	岩見沢市 鳩が丘1丁目1-1		電話	(090) 8765 - 4321	
フリガナ	イワミ ハトコ		生年月日	昭和 60 年 7 月 7 日	続柄
氏名	岩見 鳩子			平成	父 母 その他()
生計維持者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ ← 申請者と生計維持者が同じ人なら、チェックをつけて、記載省略可				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 ← 申請者と生計維持者の住所が同じであれば、チェックをつけて、記載省略可			
	氏名	岩見 沢男	生年月日	昭和 57 年 8 月 8 日	続柄
			平成		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	イワミ ホクト
①対象者氏名	岩見 北斗
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	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	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
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

申請者の名前を記入してください。

申請者

岩見 鳩子

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		
		円		年 月 日		
交付年月日	年 月 日	窓口・郵送		該当・非該当()		
備考	証	台帳	住基	税	決裁	
					課長	係長