

子どもの医療費受給者証交付申請書

岩見沢市長 様

お子さんの父または母の名前を記入してください。

R6 年 12 月 2 日

＜ 申請者 ＞ (保護者)

住所	岩見沢市 鳩が丘1丁目1-1		電話 (090) 8765 - 4321
フリガナ			
氏名	岩見 鳩子	生年月日 昭和 60 年 7 月 7 日 平成	続柄 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	
	フリガナ	イワミ サワオ	
	氏名	岩見 沢男	生年月日 昭和 57 年 8 月 8 日 平成
			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	イワミ ホクト	生年月日
①対象者氏名	岩見 北斗	平成 31 年 4 月 15 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		生年月日
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		生年月日
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	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等(別添写しのとおり) <input type="checkbox"/> マイナポータルの保険情報(別紙確認書のとおり)
	・国保 [岩見沢 _____ 年 _____ 月 _____ 日から]

同意書	申請者の名前を記入してください
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します。	
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		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	