様式第１号（第３条関係）

**子ども医療費受給者証交付申請書**

御船町長　様

　　　　　下記のとおり受給者証の交付を申請します。

　　　　　なお、認定にあたって他制度による医療助成の状況の確認及び

課税台帳の閲覧について同意します。

　　　　　　　　　　　　申請日　　　 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （保護者） | 住　所 | 電話番号 | | |
| フリガナ |  | 子どもとの続柄 |  |
| 氏　名 | （※）  （※）本人が自署しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | 氏　　名 | | | 生 年 月 日 | | | 性別 | | 続柄 | ※受給者番号 | | |
|  | | | 年 　月 　日 | | | 男・女 | |  |  | | |
|  | | | 年 　月　 日 | | | 男・女 | |  |  | | |
|  | | | 年　 月 　日 | | | 男・女 | |  |  | | |
|  | | | 年 　月　 日 | | | 男・女 | |  |  | | |
|  | | | 年 　月 　日 | | | 男・女 | |  |  | | |
| 子どもの加入している  健康保険 | 保険者名称 |  | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | 子どもとの続柄 | | | | |  |
| 記号番号 | 記号 |  | | | 番号 | |  | | | |
| 資格取得年月日又は認定年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 他の  医療助成 | ひとり親家庭等医療・重度心身障害者医療・その他(　　　　　　) | | | | | | | | | | |

**※子どもの保険証のコピーを添付してください。**

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民票 | 保険証 | 他助成（なし・ひ・重・他） | | 出生・転入・申請 |
| 資格取得　　　　年　　　月　　　日 | | | 証交付　　　　年　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 | 入力 |
|  |  |  |  |