

子育て支援医療費受給資格認定申請書

※ 太わくの中のみ記入してください。

受給者番号					

① 受給者	氏名	フリガナ	個人番号			
	生年月日	平成 令和	年	月	日	性別 男 女
② 保護者	住所	苦小牧市 町 丁目 番 号 (父携帯 母携帯)				
	氏名	フリガナ	個人番号			
	配偶者	フリガナ	個人番号			
	勤務先名	(電話)				
③ 加入医療保険	氏名	フリガナ	性別	男 女		
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄
	住所	苦小牧市 町 丁目 番 号 番地の				
	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	
	種別	1 2 3 4 5 6-1 6-2 6-3 7 協会 組合 日雇 船員 共済 苦国 苦退 苦退 組国 けんぽ (一般)(本人)(家族)				
名称	保険者番号					
記号番号						
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、必要に応じ課税資料及び戸籍や住民票等の公簿による確認を行うことを了承します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>苦小牧市長 様 保護者氏名 _____ (続柄)</p>						

有効期間(始)			
令和			
有効期間(終)			
令和			
負担区分			
初診 課税			
助成区分			
道 市			
条件付			
月末までは初診時のみ			
受給者証交付年月日			
令和			

申請事由	
02 転入 (から)	
05 生活保護廃止	
18 出生	
26 制度該当	
29 その他 ()	
上記事由が発生年月日 令和 年 月 日	
所得状況	
(7月まで分) 公簿確認 (該当 超過)	別紙添付 超過
(8月以降分) 公簿確認 (該当 超過)	別紙添付 超過
その他	

受付印	

決裁年月日	課長	主査	係	処理係	受付	保険確認	入力	チェック	封詰め	発送