こども医療費受給資格認定申請書

年　　月　　日

弟子屈町長　様

保護者　住　　所　弟子屈町

氏　　名

個人番号

対象者との続柄　　電話番号

下記のとおり、こども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				申請理由	出生・転入・更新・その他（　）
受給資格者の状況	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日生まれ		個人番号	
	保護者との続柄			保護者との同別居の別	同居・別居
	保護者氏名			生年月日	年　月　日
	加入医療保険 種別	1国保　2国保組合　3健保組合　4協会　5共済　6その他（　）			
	加入医療保険 保険者			所在地	
	加入医療保険 記号・番号			付加給付	有　・　無
	加入医療保険 被保険者組合員名			有効期限	年　月　日
添付書類	健康保険の加入を確認できる書類等、所得状況証明書等（又は、所得状況等の確認に同意）				
同意欄	※中学生以上の受給者の場合は記載不要 弟子屈町こども医療費の助成に関する条例第4条第1項に基づく交付申請および更新時に係る所得状況等の確認に同意します。			受付	
	保護者名	印			

処理経過記入欄						
課長				非該当の事由 （　　）		
受給資格を審査したところ、次のとおりであったので、（受給者証・却下通知書）を交付してよろしいでしょうか。				却下通知書の交付等 年　月　日 申請者に対し却下通知書を交付・送付		
資格の判定	該当・非該当			所得状況等確認		備考
有効期限の始期	年　月　日			課税台帳	証明書等添	
有効期限	年　月　日					