

様式第1号(第2条関係)

決 裁					担当者	受 付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決 裁	年	月	日
受給資格の判定		適				否 (理由)			
受給者証番号					受給開始日	年		月	日
					受給終了日	年		月	日

子ども医療費受給者証交付申請書

世帯主					電話番号					
受給申請者 (保護者)	住 所	燕市				子どもとの続柄				
	ふりがな					性 別	男 ・ 女			
	氏 名					生年月日	年 月 日			
	個人番号									
	職 業			勤務先						
子ども	ふりがな					性 別	男 ・ 女			
	氏 名					生年月日	年 月 日			
	個人番号									
	住 所									
加 入 保 険	記 号 番 号									
	協会 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国保									
	被保険者(世帯主)氏名									
	保 険 者 名									
	保 険 者 住 所									
負 担 割 合										
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。          なお、受給者証の交付要件確認のために必要があるときは、受給対象期間中の所得状況、家族の戸籍、住民基本台帳について燕市長が調査することに同意します。          また、加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 燕市 受給申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">ⓐ</p> <p>燕 市 長 様</p>										

- (注) 1 申請の際かならず加入医療保険資格情報が分かる書類を持参すること。  
 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。  
 3 記名押印に代えて署名することができます。