

子ども医療費受給者証交付（更新）申請書

（あて先）掛川市長

申請者氏名 _____

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付（更新）を申請します。
なお、受給者証の交付決定のため、所得状況等について市長が確認することに同意します。

申請日	年 月 日	受給者番号				
子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号	子の婚姻	有 無		
			子の就労	有 無		
保護者	住所	〒	生年月日	年 月 日		
			電話番号			
	氏名	個人番号	続柄			
主たる生計維持者	住所		生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号	続柄			
交付の理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（令和 年1月1日時点の住所 県 市・町・村） <input type="checkbox"/> その他（ ） 理由発生日 年 月 日					
子どもの保険証 コピー添付欄 (保険証が大きい場合は裏面に貼付)			市処理欄			
			年度の 控除後の所得額 _____ 円			
			扶養親族の数 _____ 人			
			補助区分 <input type="checkbox"/> 県補助あり <input type="checkbox"/> 市単独			
			対象区分 <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 小学生以上			
			受付	作成	確認	発行

(注) 主たる生計維持者の欄は、主たる生計維持者が保護者（受給資格者）と相違する場合に記入してください。