

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 掛川太郎

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	R〇年10月1日		受給者番号			
子ども	ふりがな	かけがわ はなこ	生年月日	R〇年〇月×日		
	氏名	掛川 花子 個人番号 記入不要	子の婚姻	有 (無)		
保護者	住所	〒436-8650 掛川市長谷1-1-1 掛川ハイツ101号	子の就労	有 (無)		
		生年月日	S〇〇年△△月□□日			
	氏名	掛川 太郎 個人番号 012345678901	電話番号	090-1234-5678		
主たる生計維持者	住所	保護者と異なる場合に 記入してください	生年月日	年 月 日		
	氏名		続柄	父		
交付の理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 (年1月1日時点の住所 〇〇県××市・町・村) <input type="checkbox"/> その他 () 理由発生日 R〇年10月1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。