**乳幼児等医療費受給資格認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

南幌町長　 様

申請者 住 所 南幌町

 氏 名 　　 　 印

 電話番号

 乳幼児等医療費受給資格認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者 | フ リ ガ ナ |  |
| 氏 名 |  |
| 個人番号 |  |
| 受給対象者の状況 | 受給対象者 | フリガナ |  | フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  | 氏名 |  | 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　・　　　・ | 生年月日 | 　　・　　　・ | 生年月日 | 　　・　　　・ |
| 個人番号 |  |  |  |
| 性別 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 |
| 保護者との続柄 |  |  |  |
| 同居・別居の別 | 同居 ／ 別居 | 同居 ／ 別居 | 同居 ／ 別居 |
| 父の氏名 |  | 生 ／ 死 |
| 母の氏名 |  | 生 ／ 死 |
| 加入保険状況 | 種 別 | 政・組・日・船・共・農・国・その他（ ） |
| 記 号 |  | 番 号 | （枝番） |
|  | この申請にあたっては「被保険者証」を添えること |
|  私は、乳幼児等医療費受給資格認定申請にあたり、私と私の同一世帯員の所得に関する公簿を閲覧することに同意します。 　　 　 年 　 月　 日申請者氏名 　　 印 |
| ※　 決　 定　 欄 | 課長 |  | 課長補佐 |  | 係長 |  | 係 |  | 更新・資格取得　　年　　　月　　　日 |
| 決定年月日 | 　　年　　月　　日 |  | 該当 ・ 非該当 |
| 資格取得事由 | 転入・出生・その他（　　　） | 住民税の課税状況 | 課税 ・ 非課税 |
| １ 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。２ 次の理由により上記申請を却下する。 |
| 却　　下理　　由 |  |

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。

公簿により所得確認

様

　　年　　月　　日

同　意　書

　下記の者は、　　　　南幌町の住民課が　　法第　　条に基づく事務手続を処理するために限って

　　　　年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

　なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者と同居 |
|  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  | □　申請者同居 |
|  |

　　記載要領

　　　１　同意する者が自ら署名を行なうこと。

　　　２　代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。

　　　３　申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入

　　　　は省略してよい。

４　同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。