**児童生徒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

　児童生徒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） |
| 添付書類 | この申請にあたっては「被保険者証」を添えること |
| 　私は、児童生徒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（　　　） |  |
| 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