

児童生徒等医療費受給資格認定申請書

平成 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			
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。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印</div>								
※ 決 定 欄	課長		リーダー		担当		更新・資格取得 年 月 日	
	決 定 年 月 日		年 月 日		所得制限該当	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