

# こども医療費受給者証交付申請書

対象者 (こども)	フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
	氏名						
	住所	呉市					
	他制度の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設等措置入所中					
	区分	<input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生等					

【提出書類】対象者（こども）の健康保険証の写し（※コピーを添付してください。）

呉市長 様

上記の対象者について申請します。なお、こども医療費支給要綱に基づく資格審査のために申請時及び更新時において私の世帯員について公簿等で調査・確認されることに同意します。

同意者	（生計 保護 中心者）	フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日	
		氏名							
		住所	※対象者と同じ場合は記入不要				対象者との続柄		
		( )年1月1日 の住所	呉市内・呉市外[		都道府県	市区町村	]・国外		
		( )年1月1日 の住所	呉市内・呉市外[		都道府県	市区町村	]・国外		
	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日	
		氏名							
		住所	※対象者と同じ場合は記入不要				対象者との続柄		
		( )年1月1日 の住所	呉市内・呉市外[		都道府県	市区町村	]・国外		
		( )年1月1日 の住所	呉市内・呉市外[		都道府県	市区町村	]・国外		
昼間に連絡のとれる電話番号		携帯電話：父・母							
申請事由		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> ひとり親医療非該当 <input type="checkbox"/> 重度医療非該当 <input type="checkbox"/> その他( )							

※ 以下は記入しないでください。

<受付職員記入欄>

申請事由発生日		令和 年 月 日	提出書類	
保護者	R 年 1 月 1 日の住所地	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> その他( )	依頼・添付済	対象者の健康保険証の写し
	R 年 1 月 1 日の住所地	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> その他( )	依頼・添付済	個人番号利用に関する同意書
配偶者	R 年 1 月 1 日の住所地	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> その他( )	児童手当	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> 他市 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 母受給 <input type="checkbox"/> 父受給 <input type="checkbox"/> その他( )
	R 年 1 月 1 日の住所地	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> その他( )		

<担当課記入欄>

所得金額	R 年度(人) 円
受給者番号	
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
交付年月日	令和 年 月 日
認定年月日	令和 年 月 日
送付年月日	令和 年 月 日

上記の者について、左記のとおり判定してよろしいですか。

担当	主査	支援GL	課長