

令和 6年12月 1日

記入例

※この欄に基づき資格審査のために私の世帯員について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)で確認されることに同意します。

申請者住所 (保護者) **呉市中央4丁目1番6号**

対象者(子ども)との続柄

申請者氏名 (保護者) **呉市 太郎 (父)**

電話番号 (昼間連絡可能な番号) **123 - 4567 - 8910**

対象者(子ども)	フリガナ	クレシ ツバキ	生年月日	受給者番号						
	氏名	呉市 つばき	H・R 3年 3月 3日	1	2	3	4	5	6	7
	マイナンバー	-								
	フリガナ		生年月日	受給者番号						
	氏名		H・R 年 月 日							
	マイナンバー	-								

健康保険の変更

※健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせなどのコピーを添付してください。マイナ保険証の場合は目視確認可

加入健康保険	記号	番号	被保険者氏名(※必須)	資格取得年月日
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 呉市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険() <input type="checkbox"/> その他()			平・令 . . .

氏名変更

変更前	変更後	変更年月日
		R 年 月 日

住所変更

変更前	変更後	変更年月日
呉市	呉市	R 年 月 日

変更前住所に送付希望

保護者変更

	変更前	変更後
氏名	呉市 花子	呉市 太郎
生年月日	S (H) 4年 4月 4日	S (H) 5年 5月 5日
住所	呉市店〇〇〇丁目〇〇番〇号	呉市中央〇〇〇丁目〇〇番〇号
事由・年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 所得逆転 <input type="checkbox"/> その他() R 年 月 日	

再交付

申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

喪失

申請事由・年月日	
<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()	R 年 月 日

<受付職員記入欄> ※ 以下は記入しないでください。

提出書類	依頼・添付済	<input type="checkbox"/> の健康保険の確認書類	<input type="checkbox"/> その他()
ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中	児童手当	<input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中
受給者証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 *喪失の場合のみ	備考	

<担当課記入欄>

交付年月日	令和 年 月 日	備考		受付者
担当	主査 支援GL 課長			

