

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日 申請

釧路市長 あて

※太枠の中のみ記入してください。

申請者	住所	釧路市		
	フリガナ	丁目 番 号		
	氏名			
	電話	父・母	子から見た続柄	父・母
*申請者は、保護者となります(子と同居していない場合は、この限りではありません)。				
単身赴任等により別住所に居住する保護者等がある場合	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名		平成 年 月 日	
	住所			

下記の者の子ども医療費受給者証交付申請を、必要書類を添えて申請します。なお、交付申請及び更新時に係る被保険者及び世帯員の所得調査、市・道民税課税台帳の閲覧行為に同意します。

受給者番号							年齢区分	<input type="checkbox"/> 3未 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
フリガナ							生年月日		
① 対象となる子の氏名							平成 令和	年 月 日	
資格開始(. .)	証期限(. .)	所得基準	<input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 超	証区分	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課				

受給者番号							年齢区分	<input type="checkbox"/> 3未 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
フリガナ							生年月日		
② 対象となる子の氏名							平成 令和	年 月 日	
資格開始(. .)	証期限(. .)	所得基準	<input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 超	証区分	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課				

受給者番号							年齢区分	<input type="checkbox"/> 3未 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
フリガナ							生年月日		
③ 対象となる子の氏名							平成 令和	年 月 日	
資格開始(. .)	証期限(. .)	所得基準	<input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 超	証区分	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課				

・所得確認(あり・なし) ・確認方法(オンライン・所得証明書・その他())

取得事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 制度該当	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 重度喪失 <input type="checkbox"/> ひとり親喪失 <input type="checkbox"/> その他()
処理	<input type="checkbox"/> オンライン入力 <input type="checkbox"/>	交付年月日 令和 年 月 日
決裁	課長 課長補佐 専門員 主査 担当 審査 入力	受付印
備考		