

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			
	氏名			
	電話	父・母	子から見た続柄	父・母・
*申請者は、市内に居住する保護者(基本的に子が加入する健康保険の被保険者)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										
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	
資格開始日(. .)	証期限(. .)	証区分	<input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課						

受給者番号										
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	
資格開始日(. .)	証期限(. .)	証区分	<input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課						

受給者番号										
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	
資格開始日(. .)	証期限(. .)	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"/> 保険資格取得	<input type="checkbox"/> 所得基準内					
	<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"/>	<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									