

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

申請者	住所	釧路市 黒金町7 丁目 5 番 号		
	フリガナ	クシロ タロウ		
	氏名	釧路 太郎		
	電話	0154-31-4526	(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いる場合	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日
	住所			

※太枠の中のみ記入してください

申請者の
①住所
②氏名
③電話番号
④続柄
を記入してください

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。また、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	クシロ タイヨウ			生年月日			
①対象となる子の氏名	釧路 太陽			平成	25年	6月	15日
資格開始日(. .)	証期限(. .)	証区分	<input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課			

単身赴任等により被保険者またはその配偶者が別住所にいる場合や、被保険者が両親以外(祖父母等)の場合に記入してください

対象児童の
①氏名
②生年月日
を記入してください

受給者番号							
フリガナ	クシロ ハナ			生年月日			
②対象となる子の氏名	釧路 はな			平成	31年	4月	6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	クシロ ユウヒ			生年月日			
③対象となる子の氏名	釧路 ゆうひ			平成	2年	12月	30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"/>	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
備考				
	受付印			