

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

年 月 日

名 寄 市 長 様

申請者 住所 名寄市

氏名

(印)

電話番号

乳幼児等医療費受給者証の交付(新規・更新)を受けたいので、下記のとおり申請します。
 なお、乳幼児等医療費助成の資格の確認にあたっては、私及び私の世帯員の市民税課税状況につき、名寄市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

※受給者証番号			※交付年月日	年	月	日
---------	--	--	--------	---	---	---

乳幼児等	フリガナ		生年月日	平・令	年	月	日生
	氏名		続柄				
	現住所	名寄市					

保護者	フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日生
	父親氏名		勤務先				
	フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日生
	母親氏名		勤務先				

医療保険証	医療保険名称				
	被保険者名				
	記号		番号		

申請の理由	1. 出生のため
	2. 転入してきたため
	3. その他()
	理由発生年月日
	年 月 日

※確認書類	母子健康手帳・住民票・被保険者証
-------	------------------

所得制限の確認	所得額	円	※非課税区分	非課税	課税
児童手当の受給状況	有 ・ 無		※所得上限額	人	円
			※確認者氏名		(印)

※決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。				
	2 次の理由により上記申請を却下する。				
却下理由					

起案	年 月 日	決裁	年 月 日	起案者職氏名	
※決裁	課長	係長	係	上記のとおり決定してよろしいですか。	受
					父
					母

(注) 申請者は、申請者欄及び太線内を記入し、※欄は記入しないでください。