乳幼児等医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

名 寄 市 長 様

申請者 住所 名寄市

氏名

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	90010216 91010215 92010214		※交付年月日	令和 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
	令和 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	

※ 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	令和 年 月 日	決裁	令和 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。