

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

名 寄 市 長 様

申請者 住所 名寄市 大通南1丁目1-1

氏名 名寄 一郎

窓口に来られた方のお名前 090-1234-5678

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		※交付年月日	令和 年 月 日
---------	----------------------	--	--------	----------

乳幼児等	フリガナ	ナヨロ ハルコ	生年月日	平・令 〇 年 〇 月 〇 日生
	氏 名	名 寄 はる子	続 柄	長 女
	現 住 所	名寄市 同上	申請者と同住所の場合は「同上」でかまいません。	

保護者	フリガナ	ナヨロ イチロウ	生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日生
	父親氏名	名 寄 一 郎	勤 務 先	〇〇株式会社
	フリガナ	ナヨロ トウコ	生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日生
	母親氏名	名 寄 冬 子	勤 務 先	主 婦

医療保険証	医療保険名称	全国健康保険協会 北海道支部		
	被保険者名	名 寄 一 郎		
	記 号	32165498	番 号	123

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 〇 年 〇 月 〇 日	

※確認書類 母子健康手帳・住民票・被保険者証

・「医療保険名称」欄には
名寄市国保の方は「名寄市国民健康保険」、
社会保険の方は、保険証の下部に記載されている
保険者名称を記載してください。

・「被保険者名」欄には、子の氏名ではなく
「被保険者氏名」または「組合員氏名」を
記載してください。

円	・出生の方は子の生年月日 ・転入の方は転入した日	果 税
※所得上限額	人	円
※確認者氏名		

たので受給者証を交付する。

定 欄	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。