

< 申請書記載例 >

様式第1号

子ども医療費受給者証交付申請書

※提出する日付です

令和 3 年 ● 月 ● 日

壮瞥町長 様

※印鑑は必要ありません

住所 壮瞥町字●●■番地▲▲
申請者氏名 保護者様のお名前
連絡先 ●●-●●●●

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を受けたいので申請します。
なお、受給に係る所得情報及び住民税情報の公簿による確認を承諾します。

※ 受給者番号		※記載不要です		
対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	お子さんの名前		平成●年●月●日 ●歳
	住所	壮瞥町字●●■番地▲▲		
	主たる生計維持者	主たる生計維持者のお名前		続柄 扶養人数 人
加入保険	保険者名称	保険者種別		
	保険者証記号	番号		
		加入している保険の情報を記載してください		
資格取得日	令和3年8月1日	申請事由	1 出生したため 2 転入したため 3 その他()	
添付書類	1 主たる生計維持者の所得状況に関する書類			
※ 審査結果	所得金額	控除額	所得状況確認	
	審査対象所得額		□公簿等 □源泉徴収票 (. .) □その他	
	□該当	※審査結果欄の記載は不要です		・補助 ・単独 入力 済・未 受付印
	□課			
	□非該当	1 所得制限 2 その他()	非該当処理状況 通知済(. .)	