様式第１号

子どもの医療費受給者証認定申請書

　　年　　月　　日

　苫　前　町　長　　宛

申請者住所　苫前町字

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　苫前町子どもの医療費助成に関する条例施行規則第４条第３項の規定に基づき、次のとおり子どもの医療費受給者証の認定を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　 請　 者 | ふりがな |  | 住　所　苫前郡苫前町字　電話　　　　（　　　　） |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 受給対象者の状況 | 受給対象者名 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　 月　 日生（満　　　歳） | 年 　月 　日生（満　　　歳） | 年　 月 　日生（満　　　歳） | 年　 月 　日生（満　　　歳） |
| 申請者との　続柄 |  |  |  |  |
| 申請者との同居・別居の別 | 同居 ・ 別居 | 同居 ・ 別居 | 同居 ・ 別居 | 同居 ・ 別居 |
| 父の氏名 |  | 生死の別 | 生存死亡 |  |  |
| 母の氏名 |  | 生死の別 | 生存死亡 |  |  |
| 加入医療保険等 | 保険種別等 | 国保・協会・健保共済・船員・国組・後期 | 記号番号 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 被保険者証等発行機関名 |  （　　　　　　　） | 所在地 |  |
| 同意事項 | 　町長が、私の世帯の所得状況と他制度による医療費の助成状況等を確認することに同意します。　　　氏　名 |  印 |
| 備　　考 | ・この申請書を提出する際には、受給対象者が加入している医療保険の被保険者証又はその写しを添付すること・申請者等の所得状況を確認するため、児童手当用の所得証明書を添付すること。ただし、前記の所得状況確認に同意し、本町において公簿等により確認できる場合を除く。 |