

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	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	
-------	--

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。