

# 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	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

・「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。