

## 乳幼児等医療費受給資格認定申請書

令和 4 年 4 月 20 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 92010214	※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 4 年 4 月 2 日生
	氏名	名寄 はる子	続柄	長女
	現住所	名寄市 同上	申請者と同居の場合は「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 63 年 10 月 1 日生
	父親氏名	名寄 一郎	勤務先	名寄市役所
	フリガナ	ナヨロ トウコ	生年月日	昭平 4 年 6 月 1 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	北海道市町村職員共済組合		
	被保険者名	名寄 一郎		
	記号	北01234	番号	567

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 4 年 4 月 2 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。

・出生の方は子の生年月日  
・転入の方は転入した日

円	税
※所得上限額	人 円
※確認者氏名	

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。