

※市記入

受給者番号	
-------	--

こども 医療費受給者証交付申請書

裾野市長様

令和 年 月 日

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

住所： 裾野市

なお、静岡県の補助金の交付を受けるため、児童手当の受給状況、
所得状況また助成のための関係機関への確認に同意します。

申請者

氏名：

記

受給者 (こども)	フリガナ		加入(予定)医療保険	(以下は保険証コピー添付により記入省略可)			
	氏名			被保険者氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日		被保険者証	記号		番号
保護者 (受給資格者)	住所	裾野市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		保険者名	<input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合()支部 <input type="checkbox"/> 裾野市国保 <input type="checkbox"/> その他()		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			保険者番号		
	電話番号	— —					
	こどもとの続柄	父・母・その他()					

※市記入 発行済 スタイ(出生のみ)