

福祉医療費受給者証交付申請書（子ども）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

記

※ 受 給 者 番 号							
対 象 者	ふ り が な						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		
保 護 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	同居 別居	同居 別居
父 母 の 氏 名							
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			記 号 番 号	付加 給付	有 ・ 無	
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国					
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			所在地			
添 付 書 類							
※ 決 定 欄	決 定 年 月 日	年 月 日					
	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						
適 要	※ 課税台帳 月 日 確認		所得確認	係	係 長	課長補佐	課 長

(注) ※欄は記入しないでください。