

こども医療費受給者証 [交付・更新] 申請書

支給対象高学年児・中学生・高校生	ふりがな	住所	
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
高学年児・中学生・高校生保護者	①氏名	住所	
	支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄		
	②氏名	住所	
	支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄		
扶 養 義 務 者 (上記高学年児・中学生・高校生保護者が生計を維持できない場合)	①氏名	住所	
	支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄		
	②氏名	住所	
	支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄		
課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額	
	高学年児・中学生・高校生保護者	① 円	② 円
	扶 養 義 務 者	① 円	② 円
	合 計 額	円	
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	受 給 者 続 柄	住 所
	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	(保険者番号)	所在地
受給者証交付(更新)申請事由	1 加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第12号に新規に該当するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに参加したため 4 年度更新のため 5 年度切替えによる該当のため 6 その他 ( ) (交付事由発生年月日 年 月 日)		
加東市長 様  上記のとおり、こども医療費受給者証の交付(更新)を申請いたします。 なお、資格認定等については、税務情報による保護者及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。 年 月 日  住 所 申請者 世帯主 電話番号 ( ) -			

・文字は楷書ではっきり書いてください。