

記入例（転入の場合）

子ども医療費受給者証 **交付** [更新] 申請書

支給 校生	転入されたお子様の氏名・性別・生年月日・現住所を記入してください。	ふりがな かとう たろう	住所	
		氏名 加東 太郎 男 女	加東市社50番地	
高学 保護者	保護者の氏名・続柄・現住所(お子様と同じ住所の場合は「同上」で可)を記入してください。 ※ひとり親の場合は1名のみ記入してください。	生年月日 平成17年 5月 1日	住所	
		①氏名 加東 一郎	同上	
		支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄 父		
		②氏名 加東 花子	住所	
		支給対象高学年児・中学生・高校生との続柄 母	同上	
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	
		②		
		支		
課税の状況	所得判定対象者		記入不要	
	高学年児・中学生・高校生保護者	①		
	扶養義務者	①		
	合計額			
加入医療保険	被保険者氏名	お子様の健康保険証のコピーを添付してください。		
	保険種別			協
	被保険者証発行機関名			(保険者番号)
受給者証交付(更新)申請事由	2 を○で囲んでください。	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 保険に新たに加入したため 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 ()	加東市への転入日を記入してください。 (交付事由発生日 令和4年12月1日)	
加東市長様	上記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を承諾します。 なお、資格認定等については、税務調査を承諾します。 当事業において、公費で現物給付を行う場合は、その申請及び受領を公費負担します。 年 月 日	申請者名と世帯主名をそれぞれ記入して下さい。 (申請者と世帯主が同じ場合でも、それぞれ記入をお願いします。※「同上」「〃」等不可) 電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)	住所 加東市社50番地 申請者 加東 一郎 世帯主 加東 一郎 電話番号 (090) 1234 - 5678	
	提出日をご記入ください。			

・文字は楷書ではっきり書いてください。