

記入例

第1号様式（第7条関係）

記入日

こども医療費受給者証交付申請書

令和〇〇年〇月〇日

藤枝市長宛
申請者
(保護者)

住所 藤枝市岡出山1丁目11番1号
氏名 藤枝 太郎
連絡先 054-643-3241

私は、下記の同意事項に同意し、藤枝市こども医療費受給者証の交付を申請します。

日中連絡が取れる電話番号

18歳以下のこどもから数えて第何子か？

こども		受給者 (こども)	フリガナ 藤枝 ふじ江	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 第1子 <input checked="" type="checkbox"/> 第2子・第3子以降	生年月日 R〇〇年〇月〇日	婚姻の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	こども自身の婚姻の状況に レ点をしてください。
保護者 = 保険証の被保険者		保護者 (注1)	フリガナ 藤枝 太郎	こどもとの続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他 ()	生年月日 S〇〇年〇月〇日	加入年金 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	こどもが保護者と別居 の場合は、こどもの連絡 先をご記入ください。
保護者の配偶者		保護者の配偶者	フリガナ 藤枝 ふじ子	こどもとの続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他 ()	生年月日 S〇〇年〇月〇日	加入年金 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	こどもの保険証の 認定年月日
こどもの保険証情報		加入保険	記号-番号 000-000	資格取得年月日 R〇〇年〇月〇日	被保険者名 藤枝 太郎		
児童と保護者が別居の場合 こどもの住所地 の世帯主について記入してください		世帯主	フリガナ	こどもとの続柄			
児童が世帯主の場合は、児童の名前(続柄は本人) を記入してください。		氏名		生年月日	年 月 日		
注意事項		<p>※市が、児童手当の受給状況・所得状況について公簿等により確認すること。 ※市が、こども医療費助成金の算定に用いるため、医療機関から国民健康保険団体連合会を経由して助成の対象となる医療費に係る情報を収集すること。 (承諾有効期限: 申請日から満18歳に達した日以後の最初の3月31日まで)</p>					

(注1) 保護者は主たる生計維持者について記入してください。

(注2) 1～5月申請の場合は前年、6～12月申請の場合は本年の1月1日の住所地を記入してください。

(注3) こどもが保護者及び保護者の配偶者と別居の場合は、こどもの住所地の世帯主を記入してください。