別記様式第1号(第2条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

年　　月　　日

　　厚岸町長　　　　様

(保護者)　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

　次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | | ふりがな | | | | | 住所  　TEL(　　　　) | | | |
| 氏名 | | | | |
| 男女 | 年　　月　　日生 | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | |
| 受給者の状況 | 受給対象者名 | ふりがな | |  | | | |  | | |
| 氏名 | |  | | | |  | | |
| 生年月日 | 年　月　日生  (満　　　歳) | | 年　月　日生  (満　　　歳) | | | | 年　月　日生  (満　　　歳) | | |
| 個人番号 |  | |  | | | |  | | |
| 保護者との続柄 |  | |  | | | |  | | |
| 保護者との同居、別居の別 | 同居・別居 | | 同居・別居 | | | | 同居・別居 | | |
| 父の氏名 |  | |  | | | |  | | |
| 母の氏名 |  | |  | | | |  | | |
| 加入医療保険 | 保険種別 | 協・組・日・船・共・国 | | 記号番号 | |  | | | 付加給付 | 有・無 |
| 被保険者証発行機関名 |  | | 所在地 | |  | | | | |
| 添付書類 | ※　この申請に当たっては、「被保険者証」を添えること。 | | | | | | | | | |