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。 |