様式第１号の２（第３条関係）

※以下の赤字の箇所を記載してください。

記載例

更新対象のお子様のお名前を記入してください。

世帯番号											

医療福祉費受給者証交付（新規・更新）申請書（小児）

	受給者証番号	氏名	生年月日	有効期間	交付方法	公費番号
対象者（子ども）		牛久　一郎	西暦 20XX年１月１日生	自　年　月　日 至　年　月　日	窓・郵	
			西暦 年　月　日生	自　年　月　日 至　年　月　日	窓・郵	
			西暦 年　月　日生	自　年　月　日 至　年　月　日	窓・郵	
			西暦 年　月　日生	自　年　月　日 至　年　月　日	窓・郵	
	住所	牛久市　〇〇町〇〇番地				

	続柄	氏名	生年月日	所得判定
保護者①	父・母 他（　　）	牛久　花	西暦 19XX年７月１日生	年度 合計所得　　円（扶養　　人） 年度 合計所得　　円（扶養　　人）
	住所	☑ 対象者と同じ ☐ 別（　　）		
保護者②	続柄	氏名	生年月日	所得判定
	父・母 他（　　）	牛久　太一	西暦 19XX年12月８日生	年度 合計所得　　円（扶養　　人） 年度 合計所得　　円（扶養　　人）
	住所	☐ 保護者①と同じ ☑ 別（ 福島県〇〇市〇〇町〇〇番地 ）		

加入保険情報					
記号・番号		被保険者氏名		続柄	子の
保険者番号		生年月日	西暦　年　月　日生		

※　被保険者と保護者が異なる場合は、別紙「同意書」の記入が必要になります。

同意・申請欄

上記のとおり、医療福祉費受給者証の交付を申請するとともに、審査のための世帯の所得状況、他制度医療費助成の状況等について公簿等により確認することに同意します。

牛久市長　様

20XX　年　X月　X日

申請者　氏名　牛久　花

（同意者）　連絡先　029　－　873　－　2111

（　連絡先電話番号：　☑ 保護者①　☐ 保護者②　）

事務処理欄（市記入欄）

申請事由	☐ 出生　☐ 転入（交付状況証明書：有・無） ☐ 県外転入　☐ 更新 ☐ 生保廃止　☐その他（　　）	保険確認	☐ 資格確認書の写し ☐ 資格証明書の写し ☐ その他（　　）
同意書の案内	☐ 受付済 ☐ 後日持参（同意書交付簿の入力）（受付日　/　）	システム入力	☐ メモ ☐ 口座情報
所得判定	保護者①　判定所得　　円　（基準限度額　　円）【 判定： 認定 ・ 却下 】		
	保護者②　判定所得　　円　（基準限度額　　円）【 判定： 認定 ・ 却下 】		

部長	次長	課長	課長補佐	ﾘｰﾀﾞｰ	担当	判定結果	備考
						☐ 認定 ☐ 却下	