

※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

医療福祉受給者証(初規)・更新) 申請書 (小児)

対象者 (子ども)	受給者証番号	氏名	生年月日	有効期間	交付方法	公費番号
		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 ○○町○○番地				
保護者①	続柄	氏名	生年月日	所得判定		
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保護者①と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 別 (福島県○○市○○町○○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 : <input checked="" type="checkbox"/> 保護者① <input type="checkbox"/> 保護者②)						
事務処理欄 (市記入欄)	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 (交付状況証明書:有・無)		保険確認	<input type="checkbox"/> 保険証の写し	
		<input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 更新			<input type="checkbox"/> 資格証明書の写し	
		<input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> その他 ()	
	同意書の案内	<input type="checkbox"/> 受付済		システム入力	<input type="checkbox"/> メモ	
		<input type="checkbox"/> 後日持参 (同意書交付簿の入力) (受付日 /)			<input type="checkbox"/> 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	リーダー	担当	判定結果
						備考
						<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下