

課長	課長補佐	係長	係	係

受給者証交付 何 決裁年月日 令和 年 月 日

受付印

乳幼児等医療費受給資格認定申請書 (北海道医療給付事業・乳幼児等医療給付)

清水町長 様

令和 年 月 日

申請者 (保護者)	住所			
	氏名			
	対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	電話番号	

申請者欄は、乳幼児等の生計を主として維持する者を記入してください。

下記のとおり乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。なお、乳幼児等医療費助成の認定及び継続(更新)の手続きに当たっては、清水町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ()	※取得年月日	年 月 日
※受給者番号			
対象者の 状況	氏名		
	生年月日	(年 月 日生)	(年 月 日生)
	保護者との 続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所 <small>※保護者と別居の場合記入</small>	清水町	清水町
加入医療 保険の 状況	被保険者 (世帯主)	氏名	続柄
		住所	
	記号番号		
	保 険 者	名称	(保険者番号)
	所在地		
添付書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証又は組合員証 <input type="checkbox"/> 所得証明書 (公簿確認)		

※ 決定欄	1 上記申請内容を審査の結果適当と認められたので、受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 ()			
※ 処理欄	証交付	台帳	電算処理	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 年 月 日			

※印の欄は記入しないでください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。