

受給者番号 (市が記入)	
-----------------	--

こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

牧之原市長

資格者 (保護者)	住 所											
	氏 名											印
	個人番号											
	電話番号											
	こどもとの関係											

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、交付にあたり私の世帯の所得状況を確認することに同意します。(同意有効期間：申請の日から18歳に達する日以後の最初の3月31日まで)

記

受給者 (こども)	ふりがな											性 別		第 子		
	氏 名											未婚・既婚	(婚姻日)	年	月	日
												生年月日				
	国保の合	<input type="checkbox"/> 保護者が監護し、生計を維持している <input type="checkbox"/> 本人が生計を維持している														
	ふりがな											性 別		第 子		
	氏 名											未婚・既婚	(婚姻日)	年	月	日
												生年月日				
国保の合	<input type="checkbox"/> 保護者が監護し、生計を維持している <input type="checkbox"/> 本人が生計を維持している															
主たる 生計維持者 (注)	住 所															
	氏 名											生年月日				
	個人番号															
	電話番号											こどもとの続柄				
加入医療保	保険証のりしろ															

(注) 主たる生計維持者が保護者と相違する場合にご記入ください。