

受給者番号 (市が記入)	
-----------------	--

こども医療費受給者証交付申請書

令和 2 年 4 月 5 日

牧之原市長

資格者 (保護者)	住 所	牧之原市静波991-1										
	氏 名	牧之原 太郎										印
	個人番号											
	電話番号	0548-23-0071										
	こどもとの関係	父										

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	まきのはら さくら				性 別	女	第 1 子
	氏 名	牧之原 桜				未婚・既婚	(婚姻日)	年 月 日
						生年月日	R3.4.1	
	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							
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。