

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 年 月 日

牧之原市長

資格者 (保護者)	住 所	牧之原市
	氏 名	
	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		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		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		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
	電 話 番 号		こどもとの続柄
加入医療 保 険	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。