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	この	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

	Š	りが	な											第		子
	氏		名						未婚	• 既	婚	(婚姻	日)	年	月	日
		3							生年	月	Н					
		/[/1						
受 給 者 (こども)	国場		の 合	保護者	が監護し	/、生	計を維	持し	ている	5 [本人が	生計	を維持	してい	いる
	Š	りが	な											第		子
	氏		名						未婚	• 既	婚	(婚姻	日)	年	月	目
		ŝ							生年	月	日					
	国場		の 合	保護者	が監護し	し、生	と計を維	持し	てい	る		本人が	生計	を維持	して	いる
	S	りが	な											第		子
	氏		名						未婚	• 既	婚	(婚姻	日)	年	月	日
		:							生年	月	日					
	国場	保	の合	保護者	が監護し	し、生	と計を維	持し	てい	る		本人が	生計	を維持	して	いる
主 た る 生計維持者 (注)	住	j	所													
	氏	á	名						4	上年月	月日					
	電話番号								こどもとの続柄							
加入医療保險	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。