

# 記入例

様式第2号(第6条関係)

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	牧之原市静波991-1											
	氏 名	牧之原 太郎											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	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											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												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 険	保険証のりしろ	※こどもの保険証をご提示ください												

(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。