

こどもの医療費受給者証交付申請書

阿南市長宛て

以下の事項に同意した上で、阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

- (1)こどもの医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに医療費の助成にあたり、申請者(保護者)(申請者(保護者)と被保険者が異なる場合は被保険者を含む。)及びそのこどもに関する所得(税状況)、世帯の状況、保険の加入状況、診療及びその公費の助成内容について官公署、関係人に調査・報告を求めることに同意します。
- (2)こどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、阿南市が申請者(保護者)の個人番号を利用して取得・確認することに同意します。
- (3)(2)に同意しない場合は、当該部分を二重線で消してください。その場合、資格の審査等に必要な書類を提出していただく場合があります。

申請年月日		令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入力済	
理由	該当するものにレ点を付けて異動年月日を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他		R 年 月 日		
申請者 (保護者)	住所				
	ふりがな	生年月日			
	氏名	S・H 年 月 日			
	個人番号	※日中に連絡可能な番号を記入してください。			電話 ()
代理人 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	ふりがな				
	氏名	申請者との続柄 ()			
こども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 代理人と同じ 阿南市			
	ふりがな	性別	生年月日		
	氏名	男・女	H・R 年 月 日		
加入 保険	記号				
	番号	保険者名			

⑨ 申請書を提出するときは、被保険者証又は組合員証を提示してください。

【1月1日住所地】

年 市・町
年 市・町

※市役所・支所・住民センター記入欄

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
代理権確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()
	※委任状 (有・無)
個人番号の有無	有 ・ 無
加入保険の種類	国保 ・ 被用者
助成区分	県費補助 ・ 市単独
受給者番号	(<input type="checkbox"/> 旧番号使用)
郵送確認欄	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 発送日 / 旧住所・新住所

受 付 印

() 住民センター