

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・報告を求めること並びにこどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務の遂行に必要な範囲内で個人番号を利用して、所得等の情報の提供を受けること及び確認することに同意します。

(2)(1)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		年 月 日		☐ 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。						
	☐ 出 生 ☐ その他		令和 年 月 日				
申請者 (保護者)	住 所	今年1月1日(1月～7月中の申請は前年1月1日及び今年1月1日)時点のご住所が阿南市外の場合のみ記入			年 市・町 年 市・町		
	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	☐ 申請者と同じ					
	ふ り が な				申請者との続柄 ()		
	氏 名						
こども	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 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		
	個人番号						
こどもの加入保険	加入保険	記 号			被保険者 (申請者と異なる場合のみ記入)	ふりがな	
		番 号				氏名	
	保険者名			生年月日	S・H 年 月 日	こどもとの続柄	
						住所	(申請者の住所と異なる場合のみ記入)

※市役所・支所・住民センター記入欄

本 人 確 認 欄	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード
	☐ パスポート ☐ その他 ()
代 理 権 確 認 欄	☐ 個人番号カード ☐ その他 ()
	※委任状 (有 ・ 無)
加 入 保 険 の 種 類	国 保 ・ 被 用 者
受 給 者 番 号	(☐ 旧番号使用)
郵 送 確 認 欄	☐ 窓口 ☐ 発送日 / 旧住所 ・ 新住所

受 付 印

() 住民センター