様式第1号（第4条関係）

こどもの医療費受給者証交付申請書

阿 南 市 長　宛 て

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。

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 □ 転入　（　　）	年　月　日	
申請者（保護者）	(1)この申請に係る申請者（保護者）の所得課税調査を行うことに同意します。 (2)この申請に係る申請者（保護者）の個人番号を利用した地方税関係情報について取得することに同意します。		
	住所		
	ふりがな		生年月日
	氏名		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（窓口にきた方）	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	年　月　日
加入保険	記号	保険者名	
	番号		

(注) 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	□ 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 ）
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	（□ 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