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　　日 □ 転入	
申請者（保護者）	(1)この申請に係る申請者 (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	阿南市富岡町トノ町１２番地３
	ふりがな	あなん　たろう
	氏名	阿南　太郎
	生年月日	S・(H)　3年　1月　1日
	個人番号	※日中に連絡可能な番号を記入してください。
代理人（窓口にきた方）	住所	□ 申請者と同じ
	ふりがな	あなん　ひかり
	氏名	阿南　ひかり　　続柄（ 妻 ）
こども	住所	☑ 申請者と同じ　□ 代理人と同じ 阿南市
	ふりがな	あなん　じろう
	氏名	阿南　次郎
	性別	(男)・女
	生年月日	H・(R)　4年　1月　1日
加入保険	記号	
	番号	名

お子さまの健康保険の被保険者となっている保護者（父・母）の氏名、生年月日、住所、日中に連絡ができる電話番号等を記入してください。
個人番号は必要な方以外は記入不要です。

来庁者が受給者と異なる場合は氏名、住所（受給者と住所が異なる場合のみ）等記入してください。
受給者と住所が異なる場合は委任状が必要です。

お子さまが加入されている健康保険を記入してください。

(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