様式第１号(第３条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　白老町長様

申請者　住所

　氏名

　続柄

　電話

　次のとおり子ども医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

　なお、受給資格の期間において、資格の認定に必要な私及び私の世帯員の世帯状況等について、公簿による確認を承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | (ふりがな) | | | | | □　男  □　女 | | | (住所) | | | | | | | | | | |
| (氏名) | | | | |
| (生年月日)  (　　　歳) | | | | | 主たる生計維持者氏名 | | | | | | | |  | | | | | |
| 対象者との続柄 | | | | | | | |  | | | | | |
| 受給資格要件 | | 医療保険 | 種別 | | | □協会けんぽ　□健保組合　□日雇保険　□船員保険  □共済組合　□国保　□国保組合 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | * 主たる生計維持者と同一 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費助成区分 | | | | □ 乳幼児等 □ ひとり親 □ 重度 □ その他( 　　　 　) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※審査結果 | 他公費状況 | 公費種類 | | | 公費負担者番号 | | | 決裁 | | | 受給資格を認定してよろしいか伺います | | | | | | | | | |
| * 乳幼児等 | | |  | | | 課長 | | | 主幹 | | 主査 | 主任 | | | 合議 |
| * ひとり親 | | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  |
| * 重度 | | |  | | |
| * その他 | | |  | | | 決裁年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 入力 | 済・未 | |
| 審査結果 | □　該当　　受給期間　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　非該当　　理由　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | | | | | 備考欄 | | |  | | | | | | | | |