

浦安市子ども医療費助成受給券交付申請書

次のとおり浦安市子ども医療費助成受給券の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 ※太枠内をご記入ください

記入年月日	令和 6 年 4 月 1 日	申請理由	出生 転入 ・ その他 ()								
フリガナ	申請者(保護者)	申請者以外の保護者の有無	(有) ・ 無 (未婚・未婚以外) ※有の場合は、氏名等を下欄に記入								
氏名	浦安 太郎	浦安 花子									
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8									
生年月日	(S) ・ H 60 年 3 月 31 日	(S) ・ H 60 年 2 月 1 日									
電話番号	080-0000-0000	090-0000-0000									
住所	〒279-8501 浦安市猫実1-1-1	<input checked="" type="checkbox"/> 左に同じ									
本年1月1日現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (市区町村名までの記入で可)	<input type="checkbox"/> 左に同じ (市区町村名までの記入で可)	千葉県市川市								
前年1月1日現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (市区町村名までの記入で可)	<input type="checkbox"/> 左に同じ (市区町村名までの記入で可)	千葉県船橋市								
保険の種類	<input type="checkbox"/> 千葉県国民健康保険(浦安市交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外(名称 浦安商事健康保険組合)									
備考(こども課記入)	<table border="1"> <tr> <td>児手申請日</td> <td>月 日(父・母)</td> <td>児手受給状況</td> <td>不足(有・無) 増 公務員・他市受給者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">月より使用できる受給券 (月 日迄申請 → 月末に発送)</td> <td colspan="2">月末迄申請 → 翌月中旬に発送)</td> </tr> </table>			児手申請日	月 日(父・母)	児手受給状況	不足(有・無) 増 公務員・他市受給者	月より使用できる受給券 (月 日迄申請 → 月末に発送)		月末迄申請 → 翌月中旬に発送)	
児手申請日	月 日(父・母)	児手受給状況	不足(有・無) 増 公務員・他市受給者								
月より使用できる受給券 (月 日迄申請 → 月末に発送)		月末迄申請 → 翌月中旬に発送)									

対象となる子ども

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	居住関係	住所	個人番号(12桁)	受給者番号
浦安 太郎	子	H (R) 6 年 4 月 1 日	同居・別居	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		

住民税確認承諾欄

助成に関し必要な、私の課税及び所得の状況を確認することを承諾します。

保護者氏名 浦安 太郎

保護者氏名 浦安 花子

不足書類

子医	子どもの保険証の写し	個人番号関係書類(父・母)	その他()
----	------------	---------------	--------

※記入済みの本用紙がお手元にある場合は、子ども医療費助成受給券の申請は完了していません。
※上記不足書類を添付のうえ、浦安市役所こども課へ提出してください。

更新用	所得照会	入力	読合せ
	父 母		

入力	読合せ	受給券番号(管理用)