

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) | 申請者以外のフリガナ | (有)・無(未婚・未婚以外) |
| 氏名 | 浦安 太郎 | 保護者の有無 | ※有の場合は、氏名等を下欄に記入 |
| 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) | | | |
| | 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) |
| | | |