第1号様式(第3条)
(宛先)浦安市長

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)( )
	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
フリガナ	ウラヤス タロウ		ウラヤス ハナコ
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		☑左に同じ
本年1月1日現在の住所地	☑同上 (市区町村名までの記入で可)		☐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	☑同上 (市区町村名までの記入で可)		☐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	☐千葉県国民健康保険(浦安市交付)　☑左記以外(名称 浦安商事健康保険組合)		
	※保険証の写しの添付が必要		

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
ウラヤス イチロウ 浦安 一郎	子	(H)・R 20年 4月 1日	(同居)・別居	☑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	☐申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	☐申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	☐申請者に同じ		
		H・R 年 月 日	同居・別居	☐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おりません。
※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)