

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

寿都郡寿都町長 様

申請者 住所

(保護者) 氏名

印

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

受給対象者の状況	受給者番号	フリガナ	生年月日	性別	続柄	住所	資格要件
	有効期限	氏名					
				男・女			出生・転入 その他()
				男・女			出生・転入 その他()
				男・女			出生・転入 その他()
保護者の状況	加入保険 記号番号	フリガナ	生年月日	性別	続柄	職業または勤務先	所得状況 扶養者数
		氏名					
				男・女			円 人

決定年月日 年 月 日

※決定欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を交付する。	
	2. 次の理由により上記申請を却下する。	
	却下理由	(1)所得超過 (2)その他 ()

同意事項	申請者 住所 氏名 印	制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認されることに同意いたします。
------	----------------	--