

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 年 月 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				
氏名				
個人番号				
生年月日	S・H 年 月 日		S・H 年 月 日	
電話番号				
住所	〒		□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)	
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)	
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) ※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
		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		
		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

保護者氏名

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ありません。
※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	入力	読合せ	受給券番号(管理用)
	父	母					