様式第1号（第7条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　　付 | 年　　　月　　　日 | 発　　行 | 年　　月　　日 |
| 受給資格等審査 | 要・否（理由） | 加入保険 | 国保　・　被用者 |
| 附加給付の有無 |  |
| 区　　分 | 町単独（　所得　・　年齢　） | 受給者番号 |  |

注　上欄は、記入しないこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  上板町長　様  住　所  申請者  氏　名  （電話　　　　－　　　　　－　　　　　)  この申請に関するものに限り、受給資格の審査のために現有公簿による所得額等の調査及び確認に同意します。 | | | | | | | |
| 子ども | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | 個人番号 | |  |
| 氏　名 | |  | | 男女の別 | | 男　・　女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | 記　　号　　番　　号 | | | | 保　　険　　者　　名 | | |
|  | | |  | □上板町　　□全国健康保険協会  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所　　在　　地 | | | | 附加給付の給付基準 | | |
|  | | | |  | | |
| 主として生計を維持する親権者（続柄：　　　　　　） | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | 個人番号 |  |
| 氏　名 | |  | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 扶養人数 | | 人 | | | | 職　業 |  |
| 勤務先 | | 電話（　　　　　　　　　　　） | | | | 年所得 | 円 |

注　申請書を提出する場合は、被保険者証又は組合員証を持参すること。