

課長	係長	主査	係

乳幼児等医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

音更町長 あて

保護者	住所	
	氏名	㊞
	個人番号	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：
	電話	

保護者欄は、乳幼児等の生計を主として維持する者を記入してください。

乳幼児等医療費受給者証の交付を受けたいので、資格登録の申請をします。

なお、乳幼児等医療費助成の資格の登録及び継続（更新）の手続にあたっては、音更町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

また、今回の申請並びに更新時において、受給者証の交付対象とならなかったときは、その後の更新期間に受給者証の交付を受けようとする際、再度申請書を提出します。

※受給者番号		※資格取得年月日		年	月	日
受給対象者	ふりがな 氏名					
	生年月日	平成・令和	年	月	日	
	個人番号	：：：：：：：：：：：：：：：				
	保護者との続柄			性別	男・女	
加入医療保険	被保険者氏名					
	被保険者住所					
	記号番号	(記号)	(番号)			
	保険者番号					
	保険者の名称					
	保険者の所在地					
事由	<input type="checkbox"/> 更新による申請 <input type="checkbox"/> 出生による申請 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 <input type="checkbox"/> 他制度からの移行 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (平成・令和 年 月 日)			※町審査欄	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 3歳未満・非課税 <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 非該当 理由 <input type="checkbox"/> 所得制限 (円) <input type="checkbox"/>	
	注 ※印の欄は、記入しないでください。				(町処理年月日) 令和 年 月 日	

※事務処理欄

※申請事由確認方法

受付	交付方法	確認者	確認方法	入力者	備考欄
㊞	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 (年 月 日)	㊞	<input type="checkbox"/> 住民票/戸籍等 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	㊞	