記　載　例

別記第１号様式（第５条関係）

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 **元** 年 **６** 月 **５** 日

提出日を記入してください。

保護者欄は生計を主として維持している方を記入してください。
（生計維持者が町外の場合は町外の住所を記入下さい）

保護者	住　所	**音更町木野東通１５丁目３番地１ 音更マンション１０５号室**
	氏　名	**音更　太郎**　印
	個人番号	
	電　話	**０９０-１２３４-５６７８**

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。

保護者の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。
※個人番号は記入しなくても良いです。

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	**おとふけ　いちろう** **音　更　一　郎**		
	生年月日	平成**２１**年　**４**月　**２**日		
	個人番号			
	保護者との続柄	**子**	性別	[✓ 男]　女
加入医療保険	被保険者氏名	**音更　太郎**		
	被保険者住所	**音更町木野東通１５丁目３番地１　音更マンション１０５号室**		
	記号番号	（記号）　**２１７０００２３**　（番号）　**２１**		
	保険者番号	**１０１００１６**		
	保険者の名称	**全国健康保険協会　北海道支部**		
	保険者の所在地	**札幌市北区北７条西４－３－１**		

対象となるお子さんの氏名・ふりがな・生年月日・保護者との続柄・性別を記入してください。

被保険者の住所、氏名と加入している健康保険の情報を記入してください。

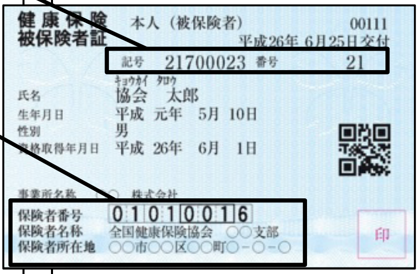
事由

☐ 更新による申請

※保険証の写し（コピー）を添付していただければ記入しなくても良いです。
（この場合、被保険者ではなく対象者のコピーをお願いします。）

☐ 該当
歳未満・非課税
記以外

当
☐ 所得制限
（　　　　円）
☐



健康保険
被保険者証
本人（被保険者）　00111
平成26年 6月25日交付
記号　21700023　番号　21
氏名　ｷｮｳｶｲ ﾀﾛｳ 協会　太郎
生年月日　平成 元年 5月 10日
性別　男
資格取得年月日　平成 26年 6月 1日
事業所名称　〇〇 株式会社
保険者番号　01010016
保険者名称　全国健康保険協会　〇〇支部
保険者所在地　〇〇市〇〇区〇〇町〇－〇－〇
印

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
㊞	☐ 窓口交付 ☐ 郵送交付 （　年　月　日）	㊞	☐ 住民票／戸籍等　☐ 母子手帳 ☐ その他 （　　　　）	㊞	

①加入医療保険（健康保険）の欄は、保険証の写しがあれば記入の必要はありません。役場か木野支所で提出される場合は、保険証を持って来ていただければ窓口でコピーします。
②確認のために保護者欄に記入の電話番号に電話をすることがあるかもしれませんのでご了承願います。
③生計維持者が、単身赴任や転入などで平成３１年１月１日現在音更町に在住していない場合については、地方税関係情報取得同意書の提出も併せてお願いします。