

子ども等医療費助成制度 受給資格認定申請書

※受印

太枠内をご記入ください。(※印の部分は記入しないでください。)

世田谷区長 あて

年 月 日

以下のとおり子ども等医療費助成制度の受給資格の認定を申請します。

なお、受給資格の該当性を審査するため、区が必要な公簿等の確認を行うことに同意します。

保護者 住所
(生計中心者) _____

日中連絡の取れる電話番号(自宅・携帯) _____

(父・母・その他) _____

(フリガナ)

氏名

生年月日

年 月 日

認定申請の対象となるる子どもも	すでに世田谷区の乳幼児・子ども・高校生等医療証を持っている子どもは記入不要	氏名 フリガナ				生年月日				※受給者番号					
		上記保護者との続柄		1 子 2 その他()		個人番号									
		上記保護者との同別居		1 同居 2 別居 →		2の場合別居先住所									
		加入健康保険		記号	番号	枝番	被保険者氏名	世帯主	組合員						
		保険者名称				国民健康保険		国民健康保険組合							
		健康保険組合				健康保険組合		共済		全国健康保険協会					
		保険者番号(右づめで記入)													
		氏名 フリガナ				生年月日				※受給者番号					
上記保護者との続柄		1 子 2 その他()		個人番号				※交付・却下日							
上記保護者との同別居		1 同居 2 别居 →		2の場合別居先住所				窓・住登未・〒・未交付							
加入健康保険		記号	番号	枝番	被保険者氏名	世帯主	組合員	※資格取得日							
保険者名称				国民健康保険		国民健康保険組合									
健康保険組合				健康保険組合		共済		全国健康保険協会							
保険者番号(右づめで記入)															
氏名 フリガナ				生年月日				※受給者番号							
上記保護者との続柄		1 子 2 その他()		個人番号				※交付・却下日							
上記保護者との同別居		1 同居 2 别居 →		2の場合別居先住所				窓・住登未・〒・未交付							
加入健康保険		記号	番号	枝番	被保険者氏名	世帯主	組合員	※資格取得日							
保険者名称				国民健康保険		国民健康保険組合									
健康保険組合				健康保険組合		共済		全国健康保険協会							
保険者番号(右づめで記入)															

※備考

不備書類 健康保険情報 その他 ()
 児童手当 申請済み(認定番号 ()) · 公務員 ()
 保護者区外 · その他 ()
 受給決定日 () . . .

本人との関係	<input type="checkbox"/> 運転免許証
本人・その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (個人番号カード)
本人確認欄	<input type="checkbox"/> その他 ()

受付	入力	確認1	確認2