

子ども 医療費受給資格者 登録申請書

＜受給者証が必要な方＞（お子さん）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所 (建物名等)			市処理欄	宛名番号	
				受給者番号	

＜申請者＞（保護者）

北見市長 様		(申請日)	年	月	日
上記のとおり、子ども医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	-	-	
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者証が必要な方と同じ (記入不要)		続柄	受給者証が必要な方から見て	

北見市使用欄

本人確認		添付書類	事由		
①番・免・パ・手帳 他 ()		<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 認定年月日 年 月 日		
②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ()			決 定		
代理人確認手段 受給者証・保険証・障害者手帳 委任状・他 ()			1 適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により申請を却下する。 <input type="checkbox"/> 所得制限該当のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
税情報	世帯	受給者証	決定年月日 年 月 日		
有・無	課税 非課税	<input type="checkbox"/> 子初 (年齢要件) <input type="checkbox"/> 子初 (非課税世帯) <input type="checkbox"/> 子課 (3月末まで初) <input type="checkbox"/> 子課	第 4 類		
備 考			課長	係長	係
窓口交付 (. . .)					

