

子ども等医療費助成制度 受給資格認定申請書

※収受印

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子ども

1	フリガナ	氏名				生年月日				※受給者番号				
					年 月 日									
	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 別居 →		2の場合別居先住所				窓・SKY未・〒・未交付					
									※資格取得日					
									. .					
	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 健康保険組合		国民健康保険組合 共済		国民健康保険協会 全国健康保険協会		出生・転入日(. .)			
											申請月初日・他制度廃止			
			保険者番号(右づめで記入)								その他()			
2	フリガナ	氏名				生年月日				※受給者番号				
					年 月 日									
	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 別居 →		2の場合別居先住所				窓・SKY未・〒・未交付					
									※資格取得日					
									. .					
	加入健康保険		1と同じ場合は、同上に○をつけてください。異なる場合は以下に記入。 同上		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 健康保険組合		国民健康保険組合 共済		国民健康保険協会 全国健康保険協会		出生・転入日(. .)			
											申請月初日・他制度廃止			
			保険者番号(右づめで記入)								その他()			
3	フリガナ	氏名				生年月日				※受給者番号				
					年 月 日									
	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 別居 →		2の場合別居先住所				窓・SKY未・〒・未交付					
									※資格取得日					
									. .					
	加入健康保険		1と同じ場合は、同上に○をつけてください。異なる場合は以下に記入。 同上		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 健康保険組合		国民健康保険組合 共済		国民健康保険協会 全国健康保険協会		出生・転入日(. .)			
											申請月初日・他制度廃止			
			保険者番号(右づめで記入)								その他()			

【個】確認済み

【個】確認済み

【個】確認済み

※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

(. .)

受付	入力	確認1	確認2