子ども等医療費助成制度 受給資格認定申請書

※収受印

| 太棋 | :内 | をこ | 記入くだる | \$ い。(※ | 印の部分 | トは記入 | しな | いで | くだ | さい | , o) | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------|-------|-------------|---------|---------|----------|---|-------------------------|------------|------------|------------------|---------------|----------|----------|--|
| | 世田谷区長 あて | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | 7 |
| | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 1 10· | | | 東価ツル 護 者 | 住前 | | J / _ W J · | | // ·/L· | 女な | . 4 | 得下 | チャノ4年 市心 で | . 11) — (| _ | 円忌し | <i>,</i> | 0 | ı |
| | (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 | | Ę. | 月 | 日 | |
| | | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | | | | ※ 受 | た給者 | 番号 | _ | |
| 一 | | 氏名 上記保護者との続柄 1 子 2 その他() | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | ※ 交 | だ付・書 | 和下日 | 個確 |
| | | 上 | 上記保護者 1 同居 ^{2の場合別居先住所} | | | | | | | | | | | | ・ | | | · · · · · · · · · · · · · · |
| | 1 | との同別居 2 別居 → | | | | | | | 2nt- (5 | 被保険者氏名 世帯主 組合員 | | | | | ※資 | 得日 | | |
| 世田田 | | 加 記号 番号 枝番 入 | | | | | | | 19文17 | 饭体 牌有以有 世市主 粗石貝 | | | | | 出生・転 | | | |
| 申谷区 | | 健 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 全国健康保険協会 | | | 申請月初日・他制度廃止 | | | | |
| の乳 請幼 | | 保 (日) 大平日 (土 33) - 三 1 7) | | | | | | | | 快和 | 767 | . 共併 主l | 当(医原)木灰(b | 加云 | その他(| | | |
| ¹⁷ 幼 児 | | 保険者番号(右づめで記入) | | | | | | | | | 生年月日 ※受給者番号 | | | | | | 番号 | 7 |
| の子 | | 氏名 | | | | | | | | | | 年 月 | | | | | | |
| の _{子ども・} 対 | | | 記保護者と | の続柄 | 1 子 2 | その他 | · · · · |) | <u> </u> | - | 1 | 固人番号 | | | ※ 交 | で付・芸 | <u> </u> | 【個 確: 了: |
| 高 | | | 上記保護者 1 同居 2 の場合別居先住所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 校 集 等 | 2 | と | との同別居 2 別居 → 加 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 | | | | | | 格取 | | s |
| 医 | | | 記号 | 口は、円工 | 番号 枝番 | | | | | 被保険者氏名 世帯主 組合員 | | | | | 出生・転入日(・・・) | | | |
| を記を | | 健康 | 国 保険者名称 | | | | | | | 民健康保険 国民健康保険組合 康保険組合 共済 全国健康保険協 | | | | | 申請月初日・他制度廃止 | | | |
| な持っ | | 保但你也不是一个一个 | | | | | | | 建康保 | | | | | | | | | |
| て | _ | 険 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| るる子 | | 氏名 上記保護者との 続柄 1 子 2 その他() | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 子も | | | | | | | | | <u> </u> | | | | | | | <u> </u> | 11日 | 【個 確 |
| は記れ | 上記保護者 1 同居 2 の場合別居先住所 | | | | | | | | | | | % . CIZ | v± = | ・ 『 ・ 未交付 | · | | | |
| ど入 | 3 | との同別居 2 別居 → | | | | | | | - 10 / | III A A D DI TENERE STATE | | | | | | 格取 | | Š |
| 不要) も | | 加 1 と同じ場合は、同上に○をつけてください。異なる 入 記号 番号 枝番 | | | | | | | _ | 5場合は以下に記入。同上被保険者氏名世帯主組合員 | | | | | | | • |) |
| | | 健 由 保険者名称 | | | | | | | | | | | 険組合 | \dashv | 申請月初 | | | |
| | | 保保 | | | | | | | 建康保 | :険組 | 合 | 共済 全 | 国健康保険 | 協会 | その他(| | |) |
| | | 険 | 保険者番号 | テ(石づめ | で記人) | | | | | | | | | | | | | _ |
| ※備考一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一 | | | | | | | | | | | | | 確認2 | \exists | | | | |
| 児童手当 「申請済み(認定番号)・ 公務員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Į | 保護者区外 | ト・その |)他(| | |) | | 党 | が行う | 大正口 | | | | | | |