

## 丹波篠山市乳幼児等・こども医療費受給者証(交付・更新)申請書

下記のとおり { ・乳幼児等医療費受給者証 } の交付を申請します  
 { ・こども医療費受給者証 }

年 月 日 申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

丹波篠山市長様

記

受給対象者	ふりがな	住 所 丹波篠山市				
	氏 名					
	生年月日 年 月 日					
上記の保護者 又は 扶養義務者	氏 名  (続 柄 )				住 所	
加入 医療 保 険	被保険者氏名	保 険 種 別			協・組・船 共・国・他国	
	記 号				番 号	付加給付
	保険者名	(保険者番号 )				
交付申請事由	1 出生      2 転 入      3 その他(                      ) (交付事由発生年月日                      年   月   日)					
承 諾 書						
私に係る福祉医療費助成事務に必要な、世帯全員の所得状況及び世帯状況の調査を承諾します。 また、このことについては、各世帯員の同意を得ています。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、高額療養費等に該当する部分がある場合は、給付調整されることに同意します。						
申請者 氏 名 _____ ⑩						

※以下の欄は記入しないでください。

審 査			
保護者又は扶養義務者の 市民税所得割額	円 (235,000円未満)	助成の可否	証処理
		可・否	交付・郵送( / )

