

## 御殿場市子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

御殿場市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、御殿場市子ども医療費助成規則第5条の規定により、次のとおり受給者証の交付を申請します。また、御殿場市が子ども医療費助成に係る事務のため、必要となる情報を調査することに同意します。

子ども	フリガナ氏名		生年月日	令和 平成	年	月	日				
	住所	御殿場市	事由	1 出生 2 転入 3 その他	該当日（出生以外の場合） 令和 平成			年	月	日	
高校生相当年齢の子どもについて											
監護 生計	<input type="checkbox"/> 子どもを申請者が監護し、生計を維持している。						婚姻	1 未婚	婚姻日（既婚の場合）		
	<input type="checkbox"/> 子ども本人が生計を維持している。							2 既婚	令和	年	月
（扶 養 者） 申 請 者	フリガナ氏名		子ども との続柄	父・母 その他（ ）							
	住所	<input type="checkbox"/> 子どもと同じ						電話番号	（ ） -		
子どもの両親について											
父親	フリガナ氏名		生年月日（ 年 月 日）	住所	<input type="checkbox"/> 子どもと同じ						
母親	フリガナ氏名		生年月日（ 年 月 日）	住所	<input type="checkbox"/> 子どもと同じ						
子ども の 加 入 健 康 保 険	子どもの加入健康保険の情報が確認できる書類を添付できないときは、次の項目を記入してください。										
	記号番号	記号		番号		保険者 番号					
	保険者の 名称	<input type="checkbox"/> （ ）健康保険組合 <input type="checkbox"/> 御殿場市国民健康保険 <input type="checkbox"/> （ ）共済組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部									
	被保険者 （組合員）	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 子どもと同じ						

（注）それぞれの「住所」の欄について、子どもの住所と同じ場合は、「子どもと同じ」にレ点を入れてください。

御殿場市 健康福祉部 子育て支援課 TEL 0550-82-4124

受付印

## 《市使用欄》

身元確認書類	申請者
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 受給資格者
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 配偶者
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）