

第1号様式（第8条関係）

子ども医療費受給資格者認定申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者 住 所  
 (保護者) 氏 名  
 個人番号  
 対象者との続柄  
 電話番号

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

また、当該医療費の助成に必要な範囲において、次のことに同意します。

- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者の所得及び住民税の課税状況について調査すること。
- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者が加入している医療保険の資格情報、給付内容等について調査すること。
- ・江別市長が私の医療費助成の資格情報、給付内容等について保険者及び医療機関等に情報提供すること。

		受給者番号					
申請内容	対象者	フリガナ	住所				
		氏名					
		個人番号					
		生年月日					
	医療保険	保険者名		記号		番号	
保険者番号			被保険者		付加給付	有 ・ 無	

※単身赴任等により被保険者又はその配偶者と対象者が別の住所になっている場合は、別居先の住所等を記入してください。

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所					

認定事由	認定年月日
	年 月 日
備考	