

平内町乳幼児・子ども医療費受給者証交付(更新)申請書

年 月 日

平内町長 殿

〒  
申請者 住 所  
氏 名 (印)  
電話番号 ( )

私は、平内町乳幼児・子ども医療費給付条例（平成5年9月30日条例第18号）第4条1項の規定により下記のとおり申請します。

記

父	氏 名				母	氏 名			
	生年月日	年 月 日				生年月日	年 月 日		
	個人番号					個人番号			
	現住所	□申請者と同じ				現住所	□申請者と同じ		
	前年1月1日時点での住所地	□同上	都・道 府・県	市・区 町・村		前年1月1日時点での住所地	□同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	今年1月1日時点での住所地	□同上	都・道 府・県	市・区 町・村		今年1月1日時点での住所地	□同上	都・道 府・県	市・区 町・村
対象者(子)	①氏名(性別)		生年月日	続柄	加入医療保険				
	(フリガナ)		年 月 日		□保険証の写しを添付				
	(男・女)								
	②氏名(性別)		生年月日	続柄	加入医療保険				
(フリガナ)		年 月 日		□保険証の写しを添付					
(男・女)									
同 意 書									
私は、次の事項に同意します。									
1. 当該申請により、受給者証有効期間満了後も引き続き受給者証を交付すること。									
2. 平内町が、平内町乳幼児・子ども医療費給付条例第4条1項に基づく事務手続きを処理するために限って、保護者の地方税関係情報（所得金額、市町村民税の賦課に関する情報）を公簿等（マイナンバーによる情報連携を含む。）により確認すること。									
同意者氏名 _____						(申請者との続柄: )			

町 処 理 欄	受給者番号				
	①				
②					