

福祉（乳幼児等・こども）医療費受給者証交付申請書

受給者番号

対象者	ふりがな	住所 〒675-01 播磨町			父・母・扶養義務者の所得状況			
	氏名	個人番号	保護者氏名	町民税所得割税額	同居扶養義務者氏名	町民税所得割税額		
保護者(父)	ふりがな	住所 □対象者に同じ	(父)	円	()			
	氏名	個人番号	(母)	円	個人番号			円
保護者(母)	ふりがな	住所 □対象者に同じ	町民税所得割税額合計	円	()			円
	氏名	個人番号	別居扶養義務者氏名		()			円
令和 年 月 日 住所について ※ [] 内の該当するものに○をつけてください。 ・播磨町内 [父・母・扶養義務者] ・播磨町外 [父・母] → 住所 現住所へ 令和 年 月 日 転入 [扶養義務者] → 住所 現住所へ 令和 年 月 日 転入 氏名			個人番号		個人番号			円
被保険者又は世帯主氏名	対象者との続柄 ()	記号	番号	枝番	町民税所得割税額	円	町民税所得割税額合計	円
被保険者証発行機関	保険者番号	対象者の資格取得日			県単・町単 <判定基準税額235,000円未満>	適用 令和 年 月 日	証交付日 令和 年 月 日	
資格取得理由	1 出生 3 その他 () 2 転入してきたため (令和 年 月 日)							
上記のとおり、乳幼児等・こども医療費受給者証の交付を申請します。								
<p>なお、審査のため貴町が保護者及び扶養義務者の所得・課税状況を調査することを承諾します。 また、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、高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である播磨町へ委任します。</p> <p>令和 年 月 日 播磨町長様</p> <p>申請者（保護者）氏名 ☎ ()</p>								データ
								受付担当者