

＜記入例＞

太枠の中をご記入ください。

- ① には、対象者（子）の主たる生計維持者（所得の高い方）の氏名を記入してください。
- ②の住所は、①の方の住民票上の住所を記入してください。

乳幼児 児童医療費受給資格 生徒				認定 変更 更新		※ 受 給 者 番 号	
対 象 者	フリガナ	〇〇〇〇〇〇	男 ・ 女	生 年 月 日	平成 〇年 〇月 〇日		
	氏 名	〇〇〇〇〇〇					
		住 所	須崎市山手町 1 - 7				
※保護者等	氏 名	① 須崎 太郎	対象者との 続柄		父		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名						
	※ 保 険 種 別						
なお、申請にあたり次の事項について同意します。							
1. 市民税の課税台帳等により私の世帯の税額等について市が確認すること。(乳幼児のみ)							
2. 児童手当の受給状況等について市が確認すること。							
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
※申請者 (保護者)		住 所 ② 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
		氏 名 ① 須崎 太郎					
		電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇					
窓口へ来た方(申請者と同じ場合は同上で構いません)							
(住所： 氏名：)							