

申請する年月日を記入してください。

三沢市子ども医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

令和3年3月15日

保護者の情報を記入してください。基本的に、**保険証の扶養者**が保護者となります。電話番号は、日中連絡のつく番号で、可能な限り、父と母など、番号を2つ記入して頂けると幸いです。

なお、受給資格の審査に際し、公簿等に関する情報を確認することに同意します。

太枠内をご記入ください。

保護者住所 **三沢市桜町1丁目1-38**

保護者氏名 **三沢 太郎**

電話番号 **(父) 080-1234-1234**
(母) 090-1234-1234

個人番号 **0123 1234 2345** (保護者の番号)

お子様の情報を記入してください。生年月日は、西暦でも和暦でもどちらでも構いません。

	フリ 氏 名	生 年 月 日	性 別	資 格 証 番 号
対 象 者	① みさわ じろう 三沢 次郎	令和3年 3月 1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	②	年 月 日	男 ・ 女	
	③	年 月 日	男 ・ 女	
	④	年 月 日	男 ・ 女	
	⑤	年 月 日	男 ・ 女	
	⑥	年 月 日	男 ・ 女	

加入 保険	国 保	協 会	組 合	共 済	そ の 他
	有		無		
付 加 給 付					

認	<input type="checkbox"/>
受 付	