

記入例

第2号様式 (第5条関係)

受給者番号 (沼津市が記入)	
-------------------	--

こども医療費受給者証交付申請書

窓口に提出する日またはポストに入れる日 平成 年 月 日

(宛先) 沼津市長

	住所	
窓口に申請にお越しになる方 (この申請書を記入する方) が記入。 電話は携帯電話でも可。	申請者	(TEL
下記のど	氏名) 押印
		④

こどもを扶養している家族のうち、沼津市内に住所があり、こどもと同居している方を記入。

		記			
	者	氏名	(ふりがな)	生年月日	平成 年 月 日生 男・女
	考	住所	〒 (TEL) 携帯電話でも可。		
		氏名	こどもとの続柄		
	計	住所	〒 *上欄(保護者)と相違する場合のみ記入。		
	維持者(注1)	氏名	こどもを養育する家族のうち、所得が一番多い方を記入。単身赴任の場合は市外住所になります。		
加入医療保険(注2)		保険の種類	<small>政保・組合・共済・船員・国保</small>		
		保険者名			
		保険者所在地	(TEL)		
		被保険者氏名			
		被保険者証	記号		番号

※保険証を見て沼津市が記入します。

(注1) 主たる生計維持者が保護者と相違する場合にご記入ください。
 (注2) この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

私は沼津市がこども医療費助成に係る事務のため、私の所得状況、国民年金加入状況、児童手当受給状況及び他制度による医療費助成状況並びに住民基本台帳に関する資料について、沼津市が確認することに同意します。

また、保険者への高額療養費の請求及び受領については、沼津市に委任します。

	住所	
主たる生計維持者が記入。 (省略は不可)	(主たる生計維持者)	氏名
) 押印
		④

2枚目は、第3子以降で無料化の対象となるお子様の場合のみご記入ください。

	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	学年	同居・別居
兄弟 姉妹	沼津 太郎	平成 5 年 5 月 5 日	23	男	長男	社会人	同 別
	海子	平成 7 年 7 月 7 日	21	女	長女	大学 1 年生	同 別
	山男	平成 11 年 11 月 11 日	16	男	次男	高校 2 年生	同・別
	花子	平成 14 年 4 月 14 日	14	女	次女	中学 2 年生	同・別
		年 月 日					同・別
保護者と姓が同じ場合は省略して構いません。							
<ul style="list-style-type: none"> ・計 (4) 人兄弟姉妹 ・本人は第 (4) 子で、生計を一にする兄・姉から数えると第 (3) 子 							

上記記載内容について事実と相違ないことを認めます。

平成 年 月 日

保護者氏名

住所

押
印

印