（あて先）浜 松 市 長

浜松市乳幼児医療費/小・中学生、高校生世代医療費受給者証交付申請書

次のとおり、申請します。
なお、この書類の内容について、今後必要な場合は、市の保有する公簿等を確認することに同意します。
また、市から依頼があった場合には、資料として所得確認書類等を提出します。

	宛名番号		提出年月日	R　　年　　月　　日
申請者	住所			職業※　□公務員 □公務員以外
	ﾌﾘｶﾞﾅ		子どもとの続柄	電話番号(自宅)　－　－
	氏名	（自署しない場合は押印してください）	生年月日 S・H　年　月　日	携帯(父)　－　－ 携帯(母)　－　－

	氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	住所　※申請者と別居の場合	保険資格取得（認定）年月日	宛名番号／受給者番号
子ども	（　　）	H・R 年　月　日		H・R 年　月　日	
	（　　）	H・R 年　月　日		H・R 年　月　日	
	（　　）	H・R 年　月　日		H・R 年　月　日	
	（　　）	H・R 年　月　日		H・R 年　月　日	

加入保険（子ども）	被保険者氏名（国保の場合、世帯主）				
	記号		番号		保険者番号
	保険者名称	国民健康保険　・　全国健康保険協会　　支部 健康保険組合　・　共済組合			

児童手当受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

児童手当受給者	氏名	子どもとの続柄	生年月日 S・H　年　月　日	
	住所	電話番号 －　－	職業※　□公務員 □公務員以外	

※職業について、独立行政法人・国立県立大学法人・公益的法人にお勤めの方や組合専従の方、官公庁の会計年度任用職員の内フルタイム勤務でない方、および民間派遣されている方は「公務員以外」にチェックしてください。

浜松市使用欄

□出生（住民日：　年　月　日）　□転入（住民日：　年　月　日） □その他（　　） □申請者の切り替えに伴う申請（本人の婚姻状況変更、就労状況変更の場合含む） □氏名変更予定の場合、保険証の氏名変更後に記載事項変更届をするよう案内済 □加入保険連絡票を依頼済（後日の提出または連絡を依頼した場合）	受　付