

宛名

子ども医療費助成受給資格登録申請書

札幌市 区長あて 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	下記のとおり申請します。また、当該医療費の助成を受けるに当たり、次のことに同意します。 ・私及び私の家族の所得、市民税の課税非課税などの状況について調査されること ・私及び私の家族の医療費助成の資格情報、給付内容などについて保険者に情報提供されること ・私及び私の家族が加入している公的医療保険の情報やその給付内容について調査されること ・私及び私の家族の生活保護受給の有無について調査されること ・札幌市が高額療養費を負担した場合は、札幌市により保険者との間で負担相当額について調整されること		
	氏名		
	住所		
	電話番号		
お子様とのご関係		父 · 母 · その他 (

子ども	氏名	札幌 太郎	
	住所	札幌市中央区北1条西2丁目	
	(お子様がお住まいになっている住所が印字されている住所と異なる場合はこちらに居住先の住所を記入)		

生計維持者	フリガナ	(姓)	(名)
	氏名		
	生年月日	3: 昭和 · 4: 平成 年 月 日	
	お子様とのご関係	父 · 母 · その他 (
	住所	お子様と 同居 · 別居 (別居の場合は住所を記入)	
	生計維持者の令和5年1月1日時点の住民登録地 () 市 区 町 村		

子どもが 加入している 公的医療保 険	被保険者 (国保の場合は世帯主)	フリガナ	(姓)	(名)
		氏名		
		生年月日	3: 昭和 · 4: 平成 年 月 日	
	お子様とのご関係	父 · 母 · その他 (
	住所	お子様と 同居 · 別居 (別居の場合は住所を記入)		
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	
	保険者番号			

※区役所使用欄

番号1	10	番号2	00001	番号3	1234567890
受給者番号			資格取得日	令和6年4月1日	資格取得事由 制度改正
所得要件等	該当 · 非該当	課 · 非	所得限度額	円所得額 円	

(ここに一連番号バーコードが印字される)

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧⑨

⑩

①(番号3のみ)