

【別紙5】

(ア) 対象児童の氏名・住所を印字

(イ) 受付印の押印位置

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金額について調整されること	
	氏名	北 海 次 郎
	住所	札幌市中央区北1条西2丁目
	電話番号	000-000-0000
お子さんとのご関係	(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
		(お子さん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)	ホ ッ カ イ	(名)	ジ ロ ウ
	氏名	北 海		次 郎
	生年月日	3. 昭和 ・ 4: 平成 12 年 3 月 4 日		
	お子さんとのご関係	(父) ・ 母 ・ その他()		
	住所	お子さんと (同居) ・ 別居 (別居の場合は住所を記入)		
	生計維持者の令和6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	フリガナ (姓)	ホ ッ カ イ	(名)	ジ ロ ウ	
	被保険者 (国保の場合は世帯主) 氏名	北 海 次 郎			
	生年月日	3. 昭和 ・ 4: 平成 12 年 3 月 4 日			
	お子さんとのご関係	(父) ・ 母 ・ その他()			
	住所	お子さんと (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	9	番号	999
保険者番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9			

(ウ) 対象児童の保護者の名・住所・電話番号・続柄を記入する。

(エ) 対象児童氏名・住所が印字される
※ただし、(エ)に自動氏名の印字がない場合は、札幌市役所医療助成係へ引き渡すこと。

(オ) 対象児童が住民票上の住所と別の住所に居住している場合、実際に居住している住所を記入する。

(カ) 対象児童の生計維持者※の氏名・生年月日・柄・住所等を記入する。
(※生計維持者とは、対象児童の父・母・その他監護する者のうち、主として対象児童の生活費の大半を負担している者。)

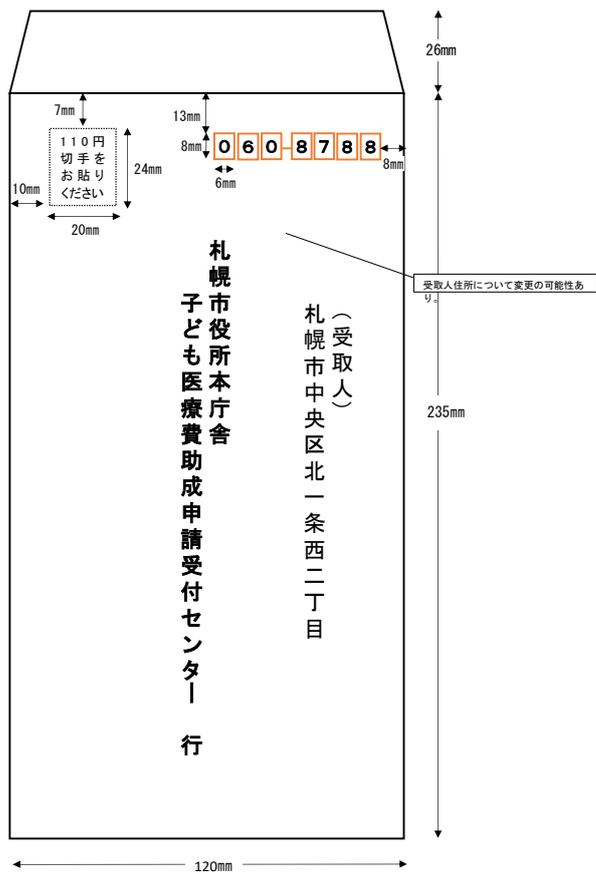
(キ) 対象児童が加入している健康保険の情報を記入する。

※申請書番号(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7年4月1日	資格取得事由	制度改正
所得要件等	(ケ) 登録完了者リストに記載されている受給者番号を補記する。		日所得額	(ク) 連続番号	

※斜体文字部分は申請者が記載する。

表面



裏面

