子育て支援医療費等還元事業ポイントカード交付申請書

年　　月　　日

（申請先）標茶町長

　次のとおり子育て支援医療費等還元事業ポイントカードの交付申請をします。

　また、申請内容について必要に応じ戸籍等及び世帯の所得状況の公簿による確認を行うことに同意します。

※太枠のところだけ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者  (申請者) | | 住所 | | | 〒  標茶町  (電話　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | |  |
| 氏名 | | |  | | | | | | |  | | |  |
| 対象児童 | | フリガナ | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 氏名 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 生年月日 | | | | 年　 月　 日生 | | | 年　 月　 日生 | | | | 年　 月　 日生 | | |
| 保護者との続柄 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 保護者との同居別居の別 | | | | 同居・別居 | | | 同居・別居 | | | | 同居・別居 | | |
| 父の氏名 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 母の氏名 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 加入医療保険 | | 保険種別 | | | | 政　　　組　　　日  船　　　共　　　国 | | | | | | | 記号番号 |  | |
| 保険者名 | | | |  | | | 所在地 |  | | | | | |
| ポイントカード交付年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日交付 | | | | | |  | | |
| ポイントカード番号 | | | | | | | No. | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処理欄 | 課長 |  | |  | |  | | 決定年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
|  |  | |  | |  | |
| 1　上記申請内容のとおり認定し、子育て支援ポイントカードを交付する。  2　次の理由により上記申請を却下する。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 却下理由 | |  | | | | | | | | | | | | |