

※整理番号
※受付年月日

子ども医療費 別居監護申立書

(申立先) 福井県大飯郡高浜町長 殿

私は、就学のため別居している児童を監護し、生計を同じくしている又は生計を維持していることについて、下記のとおり申し立て、子ども医療費助成の認定について申請します。

記

1. 就学のため別居している児童について

ふりがな 児童の氏名	続柄	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

住所 _____

2. 児童の属する学校等について

ふりがな 学校等施設名	在学期間
	年 月 日 から 年 月 日 までを予定

施設住所 _____

3. 児童居住地での医療費助成について

- (1) 該当あり (歳まで)
- (2) 該当なし

4. 監護、生計同一又は生計維持の状況 (面会、仕送り等について)

年 月 日

【申立人】 (子ども医療費助成の請求者・受給者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

※就学を証明する書類(在学証明書、生徒手帳または学生証など)の写しを添付すること