様式第１号（第４条、第１１条関係）Formulário número 1 (artigo 4 e 11)

ポルトガル語

Formulário de emissão e reemissão da aplicação do certificado de despesas médicas da criança.

子ども医療費受給資格証交付・再交付申請書

資格証　記号番号	

Criança alvo 助成対象子ども	ふ り が な		Data nascimento 生年月日	Ano年　Mês月　Dia日
	Nome 氏名		Idade 年齢	
	My Number 個人番号			
	Endereço 住所	①Izumo shi 出雲市		

Pessoa qualificada (Principal provedor de subsistên-cia). 受給資格者 （主たる生計中心者）	ふ り が な		Data nascimento 生年月日	Ano年　Mês月　Dia日
	Nome 氏名			
	Endereço 住所	□Igual ao ①. ①と同じ	Grau de parentesco com a criança alvo 助成対象子どもとの続柄	Pai / mãe outros que não acima. (　　)
	Telefone 電話番号	(　　)　　－		

Seguro inscrito 加入保険	Nome segurado 被保険者氏名	
	Número do cartão do segurado 被保険者証の記号番号	
	Tipo do seguro 保険種別	協・組・船・共・国 Existência de pagamento adicional 有Sim　・　無Não 附加給付の有無　有　・　無
	Nome do seguro 保険者名	

Concessão da razão de aplicação da emissão e reemissão do certificado de qualificação. 資格証交付・再交付　申請事由	1. Devido ter se tornado elegível ao subsídio. 助成対象となったため 2. Devido ter se mudado para a cidade. 転入してきたため 3. Danos ou perdas 破損・亡失したため 4. Outros その他（　　） （ Data de emissão 交付事由発生年月日 :　Ano年　Mês月　Dia日 ）

Conforme acima, solicito a emissão (reemissão) da qualificação de despesas médicas da criança.
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付（再交付）を申請します。

Ano年　Mês月　Dia日

Requerente　申請者

□Igual aos elegíveis.　受給資格者と同じ

Endereço　住所

Nome　氏名

Ao Sr Prefeito de izumo
出雲市長　様

Telefone　電話番号（　　－　　－　　）

受付	照合