

Formulário de aplicação do certificado de concessão de despesas médicas da criança.

子ども医療費受給資格証交付申請書

Solicito aplicação da qualificação de despesas médicas da criança.

Declaro estar de acordo, averiguação de status de registro de residentes do portador de elegibilidade e da criança, através de registros públicos, para confirmação dos requisitos para emissão do certificado de elegibilidade para despesas médicas da criança.

Alunos do ensino fundamental 1 (primário), se refere àqueles a partir do dia seguinte ao completar 6 anos, após dia 01/04, até dia 31/03 após ter completado 12 anos de idade.

Alunos do ensino fundamental 2 (ginásio), se refere àqueles a partir do dia seguinte ao completar 12 anos, após dia 01/04, até dia 31/03 após ter completado 15 anos de idade.

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	Anos歳		
	Endereço 住所	①Izumo shi 出雲市				
Pessoa qualificada (Principal provedor de subsistência). 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		Crianças elegíveis para o subsídio. 助成対象の子どもの Local para colar cópia do cartão de seguro saúde do segurado. 健康保険被保険者証のコピー貼り付け欄			
	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 do certificado de qualificação. 資格証交付申請区分			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. 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 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 □保険証確認 協・組・船・共・国						

※Favor apresentar impreterivelmente a cópia do cartão de saúde da criança.
子どもの健康保険証のコピーを必ず添付してください

受付	照合