

子育て支援医療証交付申請書

被 保 険 者 (世帯主)	フリガナ		性別		生年		生
	氏名		別		月日		
	住所		個人番号				
	職業	(勤務先)					
乳 幼 児 等	フリガナ		性別		生年	平成	年
	氏名		別		月日		月 日
	住所		被保険者 (世帯主)との 続柄		個人番号		
受給者が国保 または後期の場合の 税扶養者			受給者 との 続柄		住所		個人番号
扶 養 し て い る 児 童	氏名		続柄	生年月日	同居・別居の別	※第3子以降該当者 ○印	
					同・別		
					同・別		
					同・別		
被保険者				保険の種類			
被保険者証 記号・番号				被保険者証 発行機関名			
所得金額		円(※)		被扶養者		人	
※課税台帳等による確認			所得税課税の有無(生計中心者)			有・無	
<p>上記のとおり申請いたします。 また、審査決定のため申請者及び家族の課税資料を閲覧することに同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 .....</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 ..... (印)</p> <p>遊佐町長 時田博機 殿 電話 ( )</p>							
※ 審査結果				※ 摘要			
※ 医療証番号							
※ 資格付与月日				年 月 日			
※ 医療証交付年月日				年 月 日			

太枠の中をご記入ください。