

## 子育て支援医療証交付申請書兼同意書

被保険者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
(国保の方は世帯主)	住 所					
	職 業	(勤務先名)				
受給対象者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
	住 所				被保険者(世帯主)との続柄	
扶養している児童 ※18歳以下	氏 名	続柄	生年月日	同居・別居の別	第3子以降該当者○印	
			年 月 日	同居・別居		
			年 月 日	同居・別居		
			年 月 日	同居・別居		
			年 月 日	同居・別居		
保険の種類	国保・国組・協会・日雇	保険者番号	記 号	番 号	枝番	
	健組・船員・共済					
<p>上記のとおり、子育て支援医療証の交付を申請します。                  なお、認定及び更新の際は、私の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">(生年月日 年 月 日)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">天童市長 様</p>						
※ 区分 出生 ・ 転入 ・ 新規申請 ・ 継続 ・ その他(扶養者変更・)						
※ 所得税課税の有無(生計中心者) 有 ・ 無			※ 課税台帳による確認			
※ 審査結果			※ 適要 <input type="checkbox"/> 健康保険証確認			
※ 医療証番号		※ 資格付与年月日		※ 有効期限		※ 交付年月日
		年 月 日		年 月 日		年 月 日

※印の欄は、記入しないでください

係