

子育て支援医療証交付申請書

(国保の場合は世帯主) 被保険者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名								
	住所								
	職業	(勤務先)							
乳児・幼児・児童	ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所					被保険者（世帯主）との続柄			
扶養している乳幼児・児童 (上記乳幼児・児童を除く)	氏名	続柄	生年月日		同居・別居	※第3子以降○印			
			H R	年 月 日	同・別				
			H R	年 月 日	同・別				
			H R	年 月 日	同・別				
			H R	年 月 日	同・別				
			H R	年 月 日	同・別				
保険の種類	協・組合・船・共・国保・組合物保				被保険者証 記号・番号	・			
所得金額	円(※)				被扶養者数	人			
所得税課税の有無(生計中心者)		有・無							
※課税台帳等による確認									
上記のとおり、子育て支援医療証の交付を申請いたします。なお、この申請についての課税状況の閲覧を承諾します。									
令和 年 月 日									
小国町長 仁科 洋一 殿									
被保険者(国保の場合は世帯主)									
住所									
氏名									
(連絡先)									
※審査結果	適・否				※医療証番号				
※住民コード	(被保険者)				(乳幼児・児童)				
※資格付与月日	年 月 日 ~ 年 月 日								
※医療証交付年月日					※摘要				

※印は記入しないでください。