

子育て支援医療証交付申請書

被保険者 <small>(国保の場合は世帯主)</small>	ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名							
	住所							
	職業	(勤務先)						
乳幼児 児童	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 している乳幼児・児童 <small>(上記乳幼児・児童を除く)</small>	氏名	続柄	生年月日		同居・別居	※第3子以降○印		
			年 月 日		同・別			
			年 月 日		同・別			
			年 月 日		同・別			
			年 月 日		同・別			
			年 月 日		同・別			
保険の種類	協・組合・船・共・国保・組回国保				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								
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>小国町長 仁科 洋一 殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者(国保の場合は世帯主)</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(連絡先)</p>								
※ 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
※ 医療証交付年月日	令和 年 月 日				※摘要			

※印は記入しないでください。