

乳子青 子どもの医療費助成制度医療証交付申請書

										受付年月日				
申請者	フリガナ						生年月日							
	氏 名						個人番号							
	住 所		現住所				電話番号							
配偶者	有・無	氏 名					個人番号							
助成対象子ども	フリガナ氏		生 年 月 日		続柄		同居・別居の区分		監 護 の 有 無		生計関係		事務処理欄	
							同居・別居		有・無		同一・維持		乳 子 青	
							同居・別居		有・無		同一・維持		乳 子 青	
							同居・別居		有・無		同一・維持		乳 子 青	
							同居・別居		有・無		同一・維持		乳 子 青	
加入保険	保険の種類		1 国 保 2 組 合 3 協 会 4 日 雇 5 船 員 6 共 済											
	被保険者氏名						申請者との続柄		本人・本人外		附加給付		有・無	
	被保険者等 記号・番号		記号				保 険 者		番 号					
			番 号		(枝 番)				名 称					
資格取得年月日 (助成対象子ども)		年		月		日								
公費負担による医療費助成の受給状況 (受給中のものがあれば で囲んでください。)			生活保護 心身障害者医療費助成 ひとり親家庭等医療費助成											
<p>(宛先) 昭島市長</p> <p>子どもの医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 この申請及び医療証の更新に関し必要な情報を住民基本台帳等の公簿等により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名 _____</p>														
備 考														
電 算 / 通 知 /														
加入医療保険 (添付 公簿確認)														

注 太枠の中のみご記入ください。