

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														
			1 月 1 日現在住所(1 月 ~ 9 月は前年、10 月 ~ 12 月は本年)						年 月 日 () より転入														
配偶者	有 ・ 無		氏 名		□子どもの医療費助成制度の給付要件の該当性を審査するため、必要な情報を課税台帳により確認することに同意します。																		
	1 月 1 日現在住所(1 月 ~ 9 月は前年、10 月 ~ 12 月は本年)				個人番号																		
助成対象子ども	フリガナ氏名		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									
(宛先) 昭島市長 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、課税台帳等の公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 氏名																							
備 考														電 算 / 通 知 /									
市費・都費 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。