

第4号様式（第11条関係）

子ども医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

(宛先)綾瀬市長

次のとおり、子ども医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

申請者	ふりがな		住 所	綾瀬市	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電 話	( )	—
	個人番号		配偶者の有無	有 ・ 無	
対象となる 子ども	ふりがな		住 所	同上	
	氏 名				
	続 柄	子	同居・別居の別	同居 ・ 別居	
	生年月日	年 月 日	監 護 の 有 無	有 ・ 無	
	個人番号		生 計 関 係	同一 ・ 維持	
ひとり親家庭等医療費助成事業・ 重度障害者医療費助成事業の該当			有・無	生活保護の受給状況	有・無
加入保険の状況	保険の種類	1 国保 2 国組 3 協会 4 組合 5 日雇 6 船員 7 共済			
被保険者等氏名		申請者との続柄			
被保険者証等記号番号		保 険 者 名	符 号	名 称	
保 険 者 所 在 地					

太枠内を記入してください

医療証交付事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の綾瀬市国民健康保険の加入状況を国民健康保険資格情報により確認することについて同意します。

対象となる子どもの保険証の写しを一緒に提出してください。  
※綾瀬市国民健康保険証の場合は不要です。

市使用欄

申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 他医療喪失（ひとり親 ・ 重障 ・ 生保） <input type="checkbox"/> その他（				
不足書類	<input type="checkbox"/> 子どもの保険証の写し <input type="checkbox"/> 所得証明書（年度） <input type="checkbox"/> その他（				
受付者	発行者	発行日	受給者No.		