

子ども医療費助成事業医療証交付申請書

※令和 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 (注1)	ふりがな	※	住所	※	綾瀬市	
	氏名		電話	※	— —	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	配偶者の有無	※	有・無
対象となる 子ども	ふりがな	※	住所		綾瀬市 同上	
	氏名		同居・別居の別	※	同居・別居 (注2)	
	続柄		子	監護の有無	※	有・無 (注3)
	生年月日	※	平成 令和	年 月 日	生計関係	※
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・ <input checked="" type="radio"/> 無	生活保護の受給状況	有・ <input checked="" type="radio"/> 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	別紙のとおり			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						

※印の付いた欄にご記入ください。

対象児童の保険証の写しを必ず一緒に提出して下さい。  
※綾瀬市国民健康保険証の場合は不要です。

医療証交付事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の所得税課税額を課税台帳により、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。

- (注1) 申請者には、対象児童を養育している方(父母のうち所得の多い方)をご記入下さい。
- (注2) 申請者が対象児童と同居している場合は「同」を、別居している場合は「別」を○で囲んでください。
- (注3) 申請者が対象児童を監護している場合は「有」を、監護していない場合は「無」を○で囲んでください。(監護とは、児童の生活について通常必要とされる監督、保護のことです。)
- (注4) 対象児童が申請者自身の子で、申請者がその児童と生計を同じくしている場合は「同一」を、申請者自身の子ではなく、申請者がその児童の生計を維持している場合は「維持」を○で囲んでください。

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"/> こ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.