

こども医療費助成事業医療証交付申請書

※ 令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）綾瀬市長

次のとおり、こ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	※ あやせ はなこ	住 所	※ 綾瀬市 〇〇〇〇〇		
	氏 名	綾瀬 花子				
	生年月日	※昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	電 話	※ 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇		
対象乳幼児 及び児童	ふりがな	※ あやせ いちろう	住 所	綾瀬市 同上		
	氏 名	綾瀬 一郎	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 〇〇年〇〇月〇〇日	生 計 関 係	※ (同一) ・ 維持 (注4)		
	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 1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 国民健康保険連合会 4 国民健康保険連合会 5 国民健康保険連合会 6 国民健康保険連合会 7 共済						
被保険者等氏名 申請者の続柄						
被保険者証等記号番号						
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。

この欄は記入不要です

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。

受付者