

子育て支援医療証交付申請書

|       |
|-------|
| 歳児用   |
| 医療証番号 |
| ( )   |

|  |        |        |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------|--------|---------------|------|--|---------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>(世帯主)  | (フリガナ) |        |               | 性別   |  | 生年月日          |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名     |        |               | 個人番号 |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住所     |        |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 職業     | (勤務先 ) |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乳<br>幼<br>児<br>等   | (フリガナ) |        |               | 性別   |  | 生年月日          |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名     |        |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住所     |        |               |      |  | 被保険者(世帯主)との続柄 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扶<br>養<br>し<br>て<br>い<br>る<br>児<br>童   | 氏名     | 続柄     | 生年月日          |      |  | 同居・別居の別       |  | ※第3子以降該当者○印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        |        | 年 月 日         |      |  | 同・別           |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        |        | 年 月 日         |      |  | 同・別           |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        |        | 年 月 日         |      |  | 同・別           |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        |        | 年 月 日         |      |  | 同・別           |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        |        | 年 月 日         |      |  | 同・別           |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険の種類  |        |        |               |      |  | 被保険者証記号番号     |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所得金額   |        | 円(※ )  |               |      |  | 被扶養者数         |  | 人           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所得税課税の有無(生計中心者)  |        |        | 有・無           |      | 税扶養者個人番号   |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 課税台帳等による確認   |        |        |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり申請いたします。<br/>                 なお、必要に応じて私の住民税課税資料を子育て支援医療の資格要件審査のために使用することに同意いたします。この同意は、対象児童が子育て支援医療証の交付対象に認定された期間継続します。</p> <p>酒田市長 宛 年 月 日</p> <p>申請者(社会保険各法規定の被保険者、国保の場合は子の扶養者)<br/>                 住所 電話番号 ( )<br/>                 氏名</p> |        |        |               |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 審査結果   |        |        | ※ 摘要          |      | 再交付の場合再交付の理由<br><input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 資格付与年月日  |        |        | 年 月 日 ~ 年 月 日 |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 医療証交付年月日   |        |        | 年 月 日         |      |  |               |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※印は記入しないでください。