様式第１号（第４条）

# 子ども医療証交付（更新）申請書

年　　月　　日

岬　町　長　あて

申　請　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（保護者）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請理由 | | 1. 出　生　2. 転　入　3. 医療保険加入　4. その他(　　) | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 居住地 | 岬町 | | | | | | | | | | | | |
| | 子ども | ふりがな<br>氏　名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 受給者番号 | | | | | | | | |
| | | | ・　・<br>乳幼児・小学・中学・(　　) | 男・女 | | | | | | | | | | |
| | | | ・　・<br>乳幼児・小学・中学・(　　) | 男・女 | | | | | | | | | | |
| | | | ・　・<br>乳幼児・小学・中学・(　　) | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 保護者 | | | ・　・ | 男・女 | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 加入医療保険 | 被保険者 | 住　所 | | 氏　名 | |
| | | 保険種別 | 協・組・日・船・共・国（他）・その他・後期 | | |
| | | 記号番号 | 資格取得日　　年　月　日 | | |
| | 保険者 | 所在地 | | 附加給付 | 有・無 |
| | | 名　称 | | 保険者番号 | |
| 所得額 | | 円 | 扶養親族　　人 | 資格取得日 | 年　月　日 |

## 同　　意　　書

子ども医療証交付（更新）の決定のために必要があるときは、所得の状況を町民税の課税資料により、貴町において確認することに同意します。

年　　月　　日

住　所
氏　名