

子育て支援医療証交付申請書

歳児用
医療証番号

()

被 保 険 者 (世帯主)	(フリガナ)		性別		生年月日		
	氏名						
	住 所						
	職 業	(勤務先)					
乳 幼 児 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 養 し て い る 児 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				
※ 課税台帳等による確認							
上記のとおり申請いたします。 なお、必要に応じて私及び私の世帯員の市民税課税資料及び児童手当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。 年 月 日 酒田市長 あて 申請者 住 所 氏 名 電話番号 ()							
※ 審 査 結 果			※摘要	再交付の場合再交付の理由 □紛失 □汚損 □破損 □その他			
※ 資 格 付 与 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで					
※ 医 療 証 交 付 年 月 日		年 月 日					

※印は記入しないでください。