

小児医療証交付申請書

令和 年 月 日

愛川町長 殿

次のとおり、小児医療証の交付を申請します。
 なお、小児医療費助成を受けるにあたり、愛川町の職員が助成に必要な次のことを行うことに告知及び同意します。

- ・対象者及び受給資格の認定に必要な親族等の所得状況の確認
- ・加入する健康保険の保険者及び医療機関に対し、対象者及び確認に必要な親族等の保険情報(資格及び保険給付の内容等並びに被保険者記号・番号)についての照会及び確認
- ・他公費負担医療を受給している場合、その情報についての確認

申請者(養育者)	氏名											
	個人番号											
	生年月日	昭和・平成 年 月 日						性別	男・女			
	住所							小児との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()			
	電話	()										
	1月1日の住所地	今年			昨年			一昨年				
	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別 都・道・府・県 市・区・町・村			<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別 都・道・府・県 市・区・町・村			<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別 都・道・府・県 市・区・町・村					
対象の小児	No.	氏名				生年月日			性別			
	1					平成・令和 年 月 日			男・女			
	2					平成・令和 年 月 日			男・女			
	3					平成・令和 年 月 日			男・女			
	4					平成・令和 年 月 日			男・女			
	5					平成・令和 年 月 日			男・女			
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 愛川町										
電話	<input type="checkbox"/> 同上 ()											
交付申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 生保廃止 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他公費から移行 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()											
添付書類等	*健康保険証(写)、申請者の個人番号確認書類											