

年 月 日

逗子市長

次のとおり小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

- 受給資格の確認のため現有公簿による住所等の確認に同意します。
- 本事業の実施のため、逗子市が必要な公簿等の確認を行うことや、必要な資料等を他の行政機関等に求めることに同意します。

申請者	ふりがな氏名	生年月日	
	個人番号	電話番号	
	住所		
配偶者	ふりがな氏名	生年月日	
	個人番号	住所（申請者と違う場合記入）	
対象小児	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号	申請者との続柄	
	住所	申請者と同居・別居	監護の有無 生計関係
対象小児加入保険	被保険者証の写しの提出	<input type="checkbox"/> 有（以下本欄記入省略） <input type="checkbox"/> 無	
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保	
	被保険者氏名	対象小児との続柄	
	被保険者証記号番号		
	保険者名	保険者番号	
対象小児状況等	生活保護の受給状況	有・無	
	重度障害者医療費給付事業の該当	有・無	
	ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有・無	
	その他の公費負担医療に該当	有・無	

（事務処理欄）

受給者番号	取得事由	出生・転入	交付日	R 年 月 日
		制度改正・その他	資格取得日	R 年 月 日
交付方法	郵送・窓口	同意書の有無	有・無	保険の種類 社保・国保 国組(県内)・国組(全国) 国組(県外) → 償還払専用
備考				