

【記入例】

網掛けの部分をチェック又はご記入いただき、

対象のお子様の健康保険証の写し（コピー）を添付の上、ご郵送ください。

≪郵送先≫ 〒249-8686 逗子市逗子5-2-16 逗子市子育て支援課 行

第4号様式（第8条関係）

小児医療費助成事業医療証交付申請書

令和5年1月1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	ずし たろう 逗子 太郎	生年月日	昭和51年1月1日		
	個人番号	**** * ****	電話番号	046-873-1111		
	住所	逗子市逗子5-2-16				
配偶者	ふりがな 氏名	ずし はなこ 逗子 花子	生年月日	昭和51年2月1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	ずし しずお 逗子 しずお	生年月日	令和2年1月1日		
	個人番号	**** * ****	申請者との続柄	子		
	住所	申請者と同居 別居	監護の有無	有・無		
			生計関係	同一・維持		
対象小児加入保険	被保険者証の写しの提出	<input checked="" 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				