

子ども医療証交付申請書

年 月 日

阪南市長 様

| | | |
|--------------|------|-----------------------|
| 申請者 (保護者) | 住 所 | 阪南市 |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 | () |
| | 個人番号 | |
| 配偶者 | 住 所 | 1 申請者と同じ 2 その他 () |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 | () |
| | 個人番号 | |

下記のとおり医療証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、以降市民税課税台帳等により確認することを承諾します。

| | | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| 申請理由 | 1 出生 2 転入 3 保険加入 4 生保廃止 5 他公費喪失 6 その他 () | | |
| 対象者 | 住 所 | 1 申請者と同じ 2 その他 () | |
| | フリガナ 氏 名 | | 性 別 (男 ・ 女) |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 健康 保 険 証 | 被 保 険 者 氏 名 | | |
| | 対 象 者 扶 養 認 定 日 | 年 月 日 | |
| | 対 象 者 と の 続 柄 | | |
| | 保 険 者 番 号 | | |
| | 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号 | | |
| | 保 険 種 別 | 国 ・ 全 ・ 組 ・ 船 ・ 共 | |
| <p>※阪南市が子ども医療費助成制度の事務処理をする上で、個人番号を通じて地方税関係の情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(保護者氏名) _____</p> <p>(配偶者氏名) _____</p> | | | |

(注) *申請時には必ず、対象者が加入している健康保険証と印鑑が必要です。

| ※担当者記入欄 | 受 給 者 番 号 | 資 格 取 得 日 | 備 考 |
|---------|-----------|-----------|-----|
| | | | |