

(才)

(子目)

子育て支援医療証交付申請書

(世帯番号 ー)

被保険者・世帯主	フリガナ 氏 名		性別		生年月日	年 月 日
	住 所					
受給者	フリガナ 氏 名		性別		生年月日	年 月 日
	住 所				被保険者 (世帯主) との続柄	
扶養 している子ども (上記以外)	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	第3子以降該当者○印	
保険の種類	保険者	保険者番号		記号・番号		
<p>上記のとおり申請します。なお、必要に応じ私、私の世帯員または被保険者の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東根市長 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">電 話</p>						
初 回	審 査 結 果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 却下	一部負担金	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	医 療 証 番 号					
	適 用 年 月 日	平成	年	月	日	
	有 効 期 限	平成	年	月	日	
	交 付 年 月 日	平成	年	月	日	

※太枠内を記入して下さい。