

子ども医療証交付申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

(あて先) 大東市長

(申請者) 住所 **大東市谷川1-1-1**

氏名 **大東 太郎**

対象者との続柄 (**父**)

電話番号 **〇〇〇-△△△△-□□□□**

個人番号 **××××××××××××**

*** 記載方法が不明な場合はお問い合わせ
いただくか空けておいてください。**

子ども医療証の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、子どもの医療費の助成に関し、私(同一世帯員、扶養義務者を含む。)の世帯状況、所得状況、障害の状況等必要な情報について、担当課又は関係行政機関等に確認することに同意します。

記

対象者	フリガナ	ダイトウ ハナコ	受給者番号	
	氏名	大東 花子	資格始期	年 月 日
	住所	大東市谷川1-1-1 1月2日以降に転入した方: 転入日 年 月 日	生年月日	令和〇年 △月 □日
保護者	フリガナ	ダイトウ タロウ	続柄	父
	氏名	大東 太郎	生年月日	平成〇年 △月 □日
	住所	大東市谷川1-1-1 1月2日以降に転入した方: 転入日 年 月 日		
加入医療保険	被保険者・組合員 又は世帯主氏名	大東 太郎	区分	家族
	記号	××××××××	番号	△△△△
	保険者名	全国健康保険協会 大阪支部	保険者番号	01270016
	資格取得日	令和〇年△月□日	附加給付の有無	
備考欄				
公的所得状況資料	1. 課税台帳 2. 特別徴収税額通知書 3. 納税通知書 4. 所得証明書			
所得の状況	年度	制度	年度	制度
扶養人数		府・市		府・市
所得額				
控除額				
控除後所得額				