

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

氏名 _____ 印 _____

対象者との続柄（ ）

電話番号

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。）の世帯状況または所得状況について、担当課等に確認することに同意します。

記

			受給者番号				
対象者	フリガナ		資格始期				
	氏名	()	生年月日				
	住所	1月2日以降に転入した方 転入日 年 月 日					
保護者	フリガナ		続柄		個人番号		
	氏名	()	生年月日				
	住所	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 または世帯主氏名		区分				
	記号		番号				
	保険者名		保険者番号				
	資格取得日		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			制度	令和 年度			制度
扶養人数			府・市				府・市
所得額							
控除額							
控除後所得額							
				決裁	上席主査	主査	係員