

様式第2号（第4条関係）

子育て支援医療証交付申請書

被 保 険 者  (世帯主)	氏名	(ふりがな)					生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	個人 番号										
	住所										
	職業	会社員・農業・自営業 公務員・団体職員・その他 ( ) (勤務先 )									
乳 幼 児 等	氏名	(ふりがな)					生年 月日	平成 令和	年	月	日
	個人 番号										
	住所						被保険者(世帯主) との続柄				
扶 養 し て い る 児 童	氏名	続柄	生年月日			同居・別居の別		※第3子以降該 当者○印			
			平成 令和 年 月 日			同・別					
			平成 令和 年 月 日			同・別					
			平成 令和 年 月 日			同・別					
			平成 令和 年 月 日			同・別					
			平成 令和 年 月 日			同・別					
保 険 種 別	協、組、船、共、国保、国保組合					記号			番号		
所得税課税の有無(生計中心者)	有・無					被扶養者数	人				
※課税台帳等による確認											
上記のとおり、子育て支援医療証の交付を申請いたします。なお、福祉医療担当係の職員が、私又は私の世帯の税務資料を閲覧することに同意します。											
令和 年 月 日											
庄内町長 殿											
申請者住所											
氏名											
個人番号											
(電話番号 )											
※審査結果						※適要					
※医療証番号											
※資格付与月日	令和 年 月 日										
※医療証交付年月日	令和 年 月 日										

※は記入しないでください。