

歳児用

子育て支援医療証交付申請書

被保険者 (世帯主)	(ふりがな)					
	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
	住所					
	職業	(勤務先)				
乳幼児等	(ふりがな)					
	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
	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
			年 月 日		同・別	
			年 月 日		同・別	
			年 月 日		同・別	
			年 月 日		同・別	
			年 月 日		同・別	
保険の種類	協・組・船・共・国保・組国保					
所得金額	円(※)			被扶養者数	人	
所得税課税の有無(生計中心者)			有・無			
※課税台帳等による確認						
上記のとおり申請いたします。						
年 月 日						
山辺町長殿						
住所 申請者 氏名						
※審査結果				※摘要		
※医療証番号						
※資格付与月日						
※医療証交付年月日						

※印は記入しないで下さい。