

第2号様式（第10条関係）

小児医療費助成医療証交付申請書

申請者	フリガナ							性別	男・女	配偶者の有無	有・無	
	氏名											
	個人番号							生年月日	年 月 日			
	住所	開成町						電話番号	()			
	(前住所)	対象となる小児の出生又は転入の年（1月から6月生まれの場合はその前年）の1月1日に開成町外に居住していた方は、その住所を記入してください。										
配偶者	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏名							この申請に当たり、配偶者である私の所得状況その他必要な情報を開成町の公簿等により確認することに同意します。				
	個人番号											
	同居・別居の別	同・別	別居の場合 その住所	開成町								
対象となる小児	フリガナ							性別	男・女	申請者との続柄		
	氏名											生年月日
	同居・別居の別	同・別	別居の場合 その住所	開成町								
加入医療保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 その他 ()										
	被保険者氏名							申請者との続柄				
	保険証の記号番号	記号	番号	保険者名	1 開成町 2 全国健康保険協会 () 支部 3 健康保険組合・共済組合							
				保険者番号								
	保険者の所在地											
他制度	生活保護の受給					有・無	ひとり親家庭等医療費助成の受給					有・無
	重度障害者医療費助成の受給					有・無						
理由	1 出生したため 2 開成町に転入したため () 年 月 日転入 3 その他 ()											
<p>上記のとおり、小児医療費助成の申請書を提出します。</p> <p>なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を開成町の公簿等により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>開成町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 ()</p>												

※町記入欄	助成対象の可否	県・町・否	医療証受給者番号		医療証発行年月日	年 月 日
	医療証有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
連絡事項 (町窓口記入)	1 健康保険証提出依頼済 2 年度の所得を証明する書類提出依頼済 3 その他 ()					