第４号様式（第７条関係）

子ども医療費助成事業医療証交付申請書

大井町長　様　　令和　　年　　月　　日

次のとおり、子ども医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
なお、申請にあたり所得状況を公簿等により確認することに同意します。

申請者	ふりがな		配偶者の有無	有 ・ 無	
	氏　名		生年月日	昭和 平成	年　月 日
	住　所	大井町		電話番号	
	1月1日時点の所在地 （大井町の場合は記入不要）	都道 府県　　市区 町村		（　　）	
	個人番号				
対象児	ふりがな		性　別	男 ・ 女	申請者との続柄
	氏　名		生年月日	平成 令和	年　月 日
	同居・別居の別	同 ・ 別	別居のとき住所	大井町	

他制度	児童手当の受給状況	有 ・ 無 ・ 申請中	生活保護の受給状況	有 ・ 無
	重度障害者医療給付事業の該当	有 ・ 無	ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有 ・ 無
理由	１．乳児が出生したため　　３．その他（　　） ２．大井町に転入したため　　（　　年　　月　　日転入）			

加入保険の状況	※保険証添付の場合は記入不要		対象児の保険証添付欄
	保険の種類	１．国保　２．他国保　３．協会けんぽ ４．組合　５．日雇　６．共済　７．船員	お子さんの保険証のコピーを添付してください。 のりしろ
	保険証の記号番号		
	被保険者氏名		
	申請者との続柄	本人　・その他（　　）	
	保険者名	１.大井町 ２.全国健康保険協会（　　支部） ３.その他　健康保険組合 共済組合	
	保険者番号		
	保険者の所在地		

※町記入欄	番号確認	本人確認（１点）	本人確認（２点）	資格区分
	□ 個人番号カード □ 通知カード □ 住民票等	□ 免許証 □ 番号カード □ パスポート	□ 保険証 □ 年金手帳 □ その他（　　）	県 ・ 町
	医療証有効期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	医療証受給者番号	
			医療証発行年月日	令和　年　月　日