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　　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		性　別	男・女	配偶者の有無	有・無
	氏　名		生年月日	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	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		対象児の保険証添付欄
※保険証添付の場合は記入不要		
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						
	年分所得の合計額	円	児童手当法施行令第３条第１項による控除	８０，０００円	控除後の所得額	円
	扶養人数（老人扶養親族数）	人（　　人）	所得限度額	円	資格区分	県・町
	番号確認	□ 個人番号カード □ 通知カード □ 住民票等	本人確認（１点）	□ 免許証 □ 番号カード □ パスポート	本人確認（２点）	□ 保険証 □ 年金手帳 □ その他 （　　）
	医療証有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	医療証受給者番号			
			医療証発行年月日	年　月　日		