

子ども医療証交付申請書

摂津市長 様

年 月 日

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

子ども医療証の交付を次のとおり申請します。なお、この申請以後、医療費の助成に関し所得等の確認が必要となる場合には、市町村課税台帳、住民基本台帳又は児童手当受給者台帳により確認することに同意します。

対象者	フリガナ		対象者番号				
	氏 名		資格始期				
			生年月日				
			個人番号				
住 所	1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日						
保護者	フリガナ		続柄				
	氏 名		生年月日				
			個人番号				
	住 所	1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日					
加入医療保険	被保険者又は組合員氏名		区分				
	記号		番号				
	保険者名		保険者番号				
	資格取得日		附加給付の有無				
備考欄							
公的所得状況資料	1 課税台帳 2 特別徴収税額通知書 3 納税通知書 4 所得証明書						
所得状況	年度	制度	年度	制度			
扶養人数		府 ・ 市		府 ・ 市			
所得額							
控除額							
控除後所得額							
	決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	確 認	受 付