

記入例

子ども医療証交付（更新）申請書

摂津市長 様

R ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者は生計中心者
(父、母、養育者等)

申請者 住所 **摂津市三島1-1-1**

氏名 **摂津 太郎**
対象者との続柄 (**父**)

電話 **090 - 0000 - ΔΔΔΔ(母携帯)**

※日中、連絡のつきやすい方の電話番号を記入

子ども医療証の交付（更新）を次のとおり申請します。

子ども医療証の交付（更新）に係る資格要件確認のため、必要に応じて税務担当課及び児童手当担当課に照会することに同意します。

★太枠内のみご記入ください。

申請者
保護者

対象者	フリガナ	セツツ ハナコ	対象者番号	
	氏名	摂津 花子	資格始期	
	住所	同上	生年月日	R2 . 4 . 1
			個人番号	
保護者	フリガナ	セツツ タロウ	1月2日以降転入した方 転入日	年 月 日
	氏名	摂津 太郎	続柄	父
	住所	同上	生年月日	S60 . 3 . 31
			個人番号	
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	医療証の発行にはお子様(対象者)の健康保険証のコピーが必要です。 まだ保険証がない方は出来次第、ご提出をお願いします。			制度
扶養人				府
所得額				市
控除額				受付
控除後				