様式第１号（第４条関係）

**子ども医療証交付申請書**

年　　月　　日

島本町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）住　所　島本町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　－　　　　－

対象者との続柄（　　　　　）

　次のとおり子ども医療証の交付を申請します。

　また、対象要件の確認のため、住民登録、他の公費負担医療の受給状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | １ 出生 |
| ２ 転入 | 転入日 | 年　月　日 |
| ３ その他（　　　　　　　　　　　　） | 対象となった日 | 年　月　日 |
| 対象者（子ども） | （フリガナ） |  | 性別 | 生年月日 | 年　齢（申請日時点） |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　月　日 | 　　　　　　　　歳 |
| 住所 | □申請者と同じ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者が加入する医療保険 | **※対象児童の健康保険証（表面）のコピーを貼りつけてください。** |

|  |
| --- |
|  |

**※処理欄（以下は、町で記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 対応者（　　　　　）／受付日（　　年　　月　　日） |
| 添付書類 | 保険証の写し | 済・未 |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 処理 | システム入力 | 済・未 |
| 医療証印刷 | 済・未 |
| 医療証送付日 | 年　　月　　日 |