

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 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。			
	Empty space for pasting the health insurance card copy			

※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	