

第1号様式（第8条、第13条関係）

市受付印
------

義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書（現況届）

受付者
-----

負担者番号									
受給者番号									

世 \_\_\_\_\_  
宛 \_\_\_\_\_

東大和市長 殿

年 月 日

次のとおり医療証の交付の申請・現況の届出をします。

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名	(印)			児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )	
	個人番号						
	住所	電話 ( )					
	今年1月1日の住所					転入年月日	年 月 日
	前年1月1日の住所						
	加入健康保険被保険者			加入健康保険	1 国保	2 国保組合	3 健保組合
配偶者	フリガナ				配偶者住所	配偶者の所得	有・無
	氏名	(印)					
	個人番号						
児童	フリガナ	続柄	生年月日	同居別居の別	住所 (別居の場合のみ記入)	監護の有無	
	氏名						
	個人番号						
			年 月 日	同・別		有・無	
同意欄	この申請に基づく資格の審査及びその認定後における資格の確認のために必要な対象児童が15歳に達するまでの各年度の所得状況（地方税関係情報を含む。）について、東大和市長が公簿等により確認することに同意します。						

(注意)

- 同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消してください。なお、消した場合又は上記による確認においても資格の審査等ができない場合は、必要な書類を提出していただくことになります。
- 記名押印に代えて署名することができます（マイナンバー制度による情報連携の場合は、署名に限る。）。ただし、代理人が署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。

不足書類	<input type="checkbox"/> 保険証（児童） <input type="checkbox"/> 在留カード（申請者・児童） <input type="checkbox"/> 印鑑（申請者・配偶者） <input type="checkbox"/> その他（                      ）
連絡事項	