

第1号様式（第5条、第11条関係）

子ども医療費助成制度医療証交付申請書（現況届）

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			子どもとの続柄	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
				4 協会	5 共済	6 その他（ ）	
配偶者	フリガナ			配偶者住所	配偶者の所得	有・無	
	氏名						
	個人番号						
子ども	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	生計関係
	氏名						
	個人番号						
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持
同意欄	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）

- 1 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。
- 2 マイナンバー制度による情報連携の場合は、申請者及び配偶者の氏名欄の記載は、署名に限ります。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。

**【添付書類】**

**対象となる子どもの健康保険証の写しを添付してください。**