

担当	係長	課長
----	----	----

乳小児（乳幼児等）医療証交付申請書

（宛先）川崎市長

次のとおり、乳幼児等の医療費助成に係る医療証の交付を申請します。
 なお、医療費助成を受けるに当たり必要な限度で、所得状況その他助成に関する事項の調査について市長に委任します。

※ 医療証の受給者番号

--

		申請年月日	年	月	日			
1 申請者	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年	月	日生	住所			
	個人番号	電話番号 - -						
	配偶者の有無	1 有	2 無	今年1月1日現在の住所				
乳幼児等との続柄		1 父	2 母	3 その他()	前年1月1日現在の住所			
2 配偶者	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年	月	日生	住所			
個人番号		申請者住所と(1 同じ 2 異なる) (〒)						
3 乳幼児等	フリガナ							
	氏名							
生年月日		年	月	日生(歳)	申請者住所と(1 同じ 2 異なる) (〒)			
4 乳幼児等の加入保険状況	保険の種類		1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済					
	被保険者の氏名	被保険者記号及び番号			乳幼児等との続柄	1 父 2 母 3 その他()		
	被保険者記号及び番号		記号	番号	保険加入日	年 月 日		
	保険者番号		保険者名					
5 申請者との関係	申請者による監護の有無		1 有	2 無	他制度適用の有無	生活保護	1 有	2 無
	同一生計の有無 (申請者が父母の場合)		1 有	2 無		重度障害者医療	1 有	2 無
	生計維持の有無 (申請者が父母以外の場合)		1 有	2 無		ひとり親家庭等医療	1 有	2 無