

番号確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
身元 確認	1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体・療育・精神手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
	2 点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 児扶証書 <input type="checkbox"/> その他 (                      )

担当	係長	課長
----	----	----

乳 小児医療証交付申請書

(宛先)川崎市長

次のとおり、小児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			住 所	(                      )				
	氏      名	(原則として父母のうち、所得の高い方)							
	生   年   月   日	年      月      日生			電話番号      -      -				
	個   人   番   号				今年の1月1日現在の住所				
	配偶者の有無	1   有      2   無			前年の1月1日現在の住所				
	小児との続柄	1 父   2 母   3 その他(                      )							
2 配 偶 者	フリガナ			住 所	申請者住所と (1 同じ   2 異なる) (                      )				
	氏      名								
	生   年   月   日	年      月      日生							
	個   人   番   号								
3 小 児	フリガナ			住 所	申請者住所と (1 同じ   2 異なる) (                      )				
	氏      名								
	生   年   月   日	年      月      (                      ) 日生 (                      歳)							
	個   人   番   号								
4 小 児 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 等	世帯主・組合員・ 被保険者の氏名			小児との 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	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	