

第1号様式

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

※ 医療証の受給者番号

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。

		申請年月日	年 月 日								
申 請 者	フリガナ			(〒)							
	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							
	個人番号										
	配偶者の有無	1 有	2 無								
小児との続柄	1 父	2 母	3 その他()								
配偶者	フリガナ			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										
	小児	フリガナ									
小児	氏名			申請者住所と(1 同じ 2 異なる) (〒)							
	生年月日	年	月		日生 (歳)						
	個人番号										
	4 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				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				
保険者番号											
保険者名											
5 申請者と小児との関係	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	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

<令和6年12月>