

子

医療証番号 名 ー .

子ども医療証交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

対象者 住所 名古屋市 区

対象者とは、お子さんを保護し、その生計費を主に負担している方です。

棟 号 方

子どもとの続柄 ( )

氏 名

[生年月日 年 月 日生]

[☎ ー ー ]

次のとおり申請します。

フリガナ		男・女	生 年 月 日	平成 年 月 日
子ども氏名				
子ども住所	※対象者と住所が違う場合のみ記入してください。 名古屋市 区			棟 号 方

医療費の助成について必要な場合は、名古屋市において市民税に関する課税資料（必要に応じて世帯分を含む。）を確認されることに同意します。

健康保険の加入状況	被保険者(世帯主)・組合員加入者	フリガナ		子どもとの続柄
		氏 名	[生年月日 年 月 日生]	
		記号番号		
	発行機関(都道府県健康保険組合等)	保 険 者 番 号		子どもの一部負担金の割合 割
		名 称		

備 考

事由	事由発生年月日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を取得
	<input type="checkbox"/> 他制度からの移行 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> その他 [ ]

決 裁		
課 長	係 長	係 員

資格審査	<input type="checkbox"/> 認 定
	<input type="checkbox"/> 却 下

受 理	・	・
取 得	・	・
交 付	・	・
受 付	入 力	