

子

医療証番号

名 ー .

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 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		生 年 日	年 月 日
子 ども 氏 名		月 日	

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。

子 ども の 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 の 続 柄	
		氏 名	□対象者と同じ [生年月日 年 月 日生]		
		住 所	□対象者と同じ		
		記 号 番 号	(枝番)		
発 行 機 関 (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	令和 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		