

小児医療証交付申請書

(あて先) 藤沢市長

申請者及び、配偶者はこの事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に必要な情報について、市長が利用することに同意し、次のとおり申請します。

お子さま二人分の記入ができます。太枠内をご記入ください。

申請日 年 月 日

1 申請者 (児童手当受給者)	フリガナ		性別		生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所							
	電話番号		個人番号					
2 配偶者	配偶者 (有・無) ※配偶者有の場合は「2 配偶者欄」も記入							
	フリガナ		性別		生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所							
	電話番号		個人番号					
3 対象者 (子)	①			②				
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年	月	日	年	月	日	
	住所							
4 健康 保険	被保険者名							子からみた続柄
	記号・番号	記号						番号
	保険者番号		保険者名					
5 申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 他制度非該当 <input type="checkbox"/> 所得年度切替				年	月	日	
所 得 確 認 年 齢 個 人 番 号 本 人 確 認	① 年度所得 / 歳		② 年度所得 / 歳					
	所得 確認	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> その他()	所得 確認	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> その他()				
	個人 番号	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票(マイナンバー記載)	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> なし					
	本人 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート					
資格取得日	① 年 月 日			② 年 月 日				
受給者番号	① /却下			② /却下				
<input type="checkbox"/> 不備通知(保険証・[父/母]同意書)案内済 <input type="checkbox"/> 児童手当申請済 <input type="checkbox"/> 額改定 <input type="checkbox"/> 福祉窓口小児医療証発行済 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 該当・非該当				受付	入力	発行	審査	
備考								