

**※裏面も記入してください**

持ち物

お子様の健康保険証のコピー  
申請書（記入したもの）

（表）

小児医療費助成事業医療証交付申請書

（あて先）寒川町長

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

① 申 請 者	ふりがな 氏名	..... お子様の父又は母		
	個人番号			
	生年月日	年 月 日		
	住所	寒川町		
	電話番号		配偶者の有無	有・無
② 受（ お 給 子 様 ） 者	ふりがな 氏名	.....		続柄
	個人番号			
	生年月日	年 月 日		
	住所	同居・別居（同居の場合は、住所・電話番号を記入する必要はありません。）		
	電話番号			
③ 健 康 保 険 証 の 内 容	ふりがな 被保険者等の氏名	..... お子様ではありません		申請者 との続柄
	記号			
	番号			
	保険者名			
	保険者番号			

(裏)

医療証の交付決定時及び更新時に町が所得の状況その他助成に関する事項の状況を公簿等により確認すること、および高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します（個人番号を利用した所得照会を含む）。

同意者 (申請者)	氏名	
	受給者（子）との続柄	
	個人番号	
	今年1月1日の住所地	都・道 府・県 市・区 町・村
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 上に同じ 都・道 府・県 市・区 町・村
	一昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 上に同じ 都・道 府・県 市・区 町・村
同意者 (配偶者)	氏名	
	受給者（子）との続柄	
	個人番号	
	今年1月1日の住所地	都・道 府・県 市・区 町・村
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 上に同じ 都・道 府・県 市・区 町・村
	一昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 上に同じ 都・道 府・県 市・区 町・村

※必ず同意する者が自ら署名を行ってください。代理人が署名する場合は委任状を添付してください。

----- 町審査欄 -----

※ 町記入欄	受給者番号	交付年月日
		年 月 日
	有効期間	
	年 月 日～	年 月 日