

子育て支援医療証交付申請書兼同意書

							※ 該当 年齢	歳
被 保 険 者 (世帯主)	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日		
	氏 名							
	住 所	南陽市						
	職 業	(勤務先)						
乳 幼 児 等	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日		
	氏 名							
	住 所	南陽市	個人 番号			被保険者 (世帯主) との続柄		
保険の種類	協会・組合・船員・共済・国保・組合国保		被保険者等 記号番号					
被保険者証発行機関名			保険者番号					
扶 養 し て い る 児 童	氏 名	続 柄	生 年 月 日		同居・別居の別	※第3子以降該当者○印		
			年 月 日		同 ・ 別			
			年 月 日		同 ・ 別			
			年 月 日		同 ・ 別			
			年 月 日		同 ・ 別			
			年 月 日		同 ・ 別			
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>なお、一部負担金の有・無等の審査にあたり、私（被保険者）の世帯の課税台帳を閲覧することに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>南陽市長 殿</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電 話 ()</p>								
※所得金額	※被扶養者人数	※所得税課税の有無	※課税台帳による確認		※摘 要			
円	人	有 ・ 無						
※審査結果	※医療証番号	※資格付与年月日	※医療証交付年月日		※有効期限			
無・有・市単独		年 月 日	年 月 日		年 月 日			

※印は記入しないでください。