

## こども医療証交付申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

受給者番号	3								
有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで							
医療証交付日	令和 年 月 日								

申請者(保護者)	住所	泉佐野市							
	氏名								
	個人番号								
	電話番号	-	-			対象者との続柄			

配偶者	住所	泉佐野市							
	氏名								
	個人番号								
	電話番号	-	-			対象者との続柄			

以下のとおり医療証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、次のことに承諾します。

- 保護者及び配偶者の所得の確認をすること。
- 家族療養費等付加給付制度の調整通知を送付すること。

申請理由	1. 出生		2. 転入		3. 保険加入		4. その他 ( )			
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ・泉佐野市								
	フリガナ					個人番号				
	氏名									
	生年月日	平・令	年	月	日	性別	男・女			
医療保険資格情報	住所									
	フリガナ					対象者との続柄				
	氏名									
	記号					資格取得年月日	平・令	年	月	日
	番号					枝番				
	保険者番号					保険者名称				

※泉佐野市がこども医療費助成制度の事務処理をするうえで、個人番号を通じて地方税関係の情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

令和 年 月 日

(申請者署名) (1月1日時点住所)

(配偶者署名) (1月1日時点住所)

※医療証の有効期間開始月が1月～6月となる場合は前年の住所、7月～12月となる場合は本年の住所をご記入ください。

注1 申請者の欄及び太線枠内について記入してください。

注2 申請時には必ず、対象者が加入している医療保険資格情報の確認が必要です。