第１号様式（第７条関係）

中野区長　宛て

子ども医療費助成制度医療証交付申請書

次のとおり子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

本申請に係る認定に必要な範囲及び医療費助成を受けている間に必要な範囲で、区長が、区及び関係区市町村等が保有する個人情報（地方税に関する情報を含む。）を確認することに同意します。

提出日　　年　　月　　日

①申請者（保護者等）	住所	中野区			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日	電話番号	（　　）	
	配偶者の有無	有　・　無	個人番号		
②子どもの加入保険	記号		番号		保険者番号	
	被保険者		申請者との続柄		□　マイナポータル画面確認済
	保険者名		保険種別	1.国保 2.国組 3.社保 4.共済 5.都外	
③新規申請する子ども	フリガナ				
	氏　名				
	生年月日　年　月　日	続柄	保険加入年月日　年　月　日		
	フリガナ				
	氏　名				
	生年月日　年　月　日	続柄	保険加入年月日　年　月　日		
	フリガナ				
	氏　名				
	生年月日　年　月　日	続柄	保険加入年月日　年　月　日		

児童手当の受給	1　している　　2　していない　　3　申請中（　　年　　月　）

お子さんの加入保険を確認できる資格確認書等のコピーを添付してください。

※　この申請書のうち、事務処理に必要な事項は、中野区電子計算組織に記録し、処理します。

担当処理欄	受付		手当・・・ 親　・・・	地域事務所 すこやか福祉センター	確認	