

様式第3号（第4条関係）

子育て支援医療認定交付申請書兼同意書

					申請理由		出生・転入・（ ）												
（乳幼児等） 認定者名	フリガナ				性別	男・女	医療証番号		第	9							号		
	氏 名						個人番号												
	生年月日		平成 令和		年		月		日		被保険者 との続柄								
	住 所		米沢市																
扶養 している 児童 （第3子以降該当の場合記入）	氏 名		続柄		生 年 月 日		同居・別居の別		※第3子以降該当者○印										
					平成 令和		年 月 日		同 ・ 別										
					平成 令和		年 月 日		同 ・ 別										
					平成 令和		年 月 日		同 ・ 別										
					平成 令和		年 月 日		同 ・ 別										
					平成 令和		年 月 日		同 ・ 別										
被 保 険 者	フリガナ				性別	男・女	生年月日		M・T S・H 年 月 日										
	氏 名																		
	住 所		□上と同じ					連絡先 電 話											
	職業又は 勤務先		勤務先名（ ）				個人番号												
保険の種類		保険加入年月日 年 月 日				協 会		組 合		日 雇		船 員		共 済		国 保		組 国	
医療保険各法の 記 号 番 号		記 号		番 号		保険者 番 号													
保険者名						所在地													
上記のとおり子育て支援医療証の交付を申請します。																			
同意書																			
子育て支援医療証の交付のため、この申請時及び子育て支援医療の支給対象者に認定された期間、世帯の所得額等を公簿により確認することに同意します。																			
令和 年 月 日																			
米沢市長あて																			
申請者（被保険者） 住 所 米沢市																			
氏 名																			
※所得税課税の有無（生計中心者）			有・無		課税台帳の確認			※扶養人数 人											
								※所得金額 円											
※受給資格付与年月日			令和 年 月 日から					※一部負担金			84 有		83 無						
※医療証交付年月日			令和 年 月 日交付								6 市単		9 県単						
								※事業区分											
認定してもよいか伺います。					担当		担当主査		課長補佐		決 裁								
決裁年月日 年 月 日																			
受理年月日 年 月 日																			