

乳 子 青 子ども医療証 交付申請書
現 況 届

練馬区長 殿

つぎのとおり、医療証の交付を申請します。

また、申請時および受給期間中に、練馬区長が資格審査のため、区が保有する国民健康保険情報、生活保護情報、中国残留邦人等支援給付等関係情報、外国人生活保護関係情報および心身障害者医療費助成関係情報を確認することに同意します。

申請日		年 月 日		電話				電子メール アドレス								
申請者	氏 名 生年月日				子ども との 続柄	住所										
	フリガナ				父 母 その他 ()	〒 —										
	昭和 ・ 平成 年 月 日															
子どもについて		氏 名 生年月日				申請者 との 同居状況	住所 ※申請者と別居の場合のみ記入									
	1	フリガナ				同居 別居	〒 —									
		平成 ・ 令和 年 月 日														
	2	フリガナ				同居 別居	〒 —									
		平成 ・ 令和 年 月 日														
3	フリガナ				同居 別居	〒 —										
	平成 ・ 令和 年 月 日															
4	フリガナ				同居 別居	〒 —										
	平成 ・ 令和 年 月 日															
加入子ども 健康保険	被保険者 氏 名					子ども との 続柄	父 母 その他 ()	記号			番号					
	健 康 保険名					国民健康保険（組合） 健康保険組合・共済組合 支部（全国健康保険協会）			保険者 番 号							
つぎに該当する方は ○をつけてください。		1 生活保護を受けている 2 子どもが心身障害者医療費助成を受けている（(障)受給者証を持っている） 3 子どもが児童福祉施設（母子生活支援施設・通所施設を除く。）に入所している														
区処理欄		①							1							
									2							
		②							3							
									4							