

太 子 町 長 様

氏 名

電話番号

なお、以後医療費の助成に關し、確認が必要な場合は、課税台帳等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により所得・課税状況等を確認することに同意します。

申請理由		1 ひとり親家庭該当 2 転入 3 生保廃止 4 所得制限非該当 5 更新 6 その他（ ）										
対象者	居住地											
	①父母又は養育者	フリガナ氏名			性別		受給者番号			児童扶養手当受給の有無	有・無	
		生年月日		.	.							
	個人番号											
	②児童	フリガナ氏名			性別		受給者番号			①との続柄		
		生年月日		.	.							
		個人番号										
		フリガナ氏名			性別		受給者番号			①との続柄		
		生年月日		.	.							
		個人番号										
		フリガナ氏名			性別		受給者番号			①との続柄		
		生年月日		.	.							
	個人番号											
	加入者等	住所										
		氏名								①との続柄		
	医療保険	保険種別		協・組・日・船・共・国・国組							附加給付	有・無
		記号番号						資格取得年月日				
発行機関		所在地										
名称							保険者番号					
児童扶養手当証書の番号												

町 処 理 欄	資 格 取 得 日	年 月 日	受 付	
	証 交 付 日	年 月 日		

(注) 児童扶養手当を受給していない方は、別紙1の書類を提出してください。