

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

守口市長 様

住所 守口市

申請者 氏名

(保護者) 電話 () 続柄()

次のとおり、子どもの健康保険証を添えて子ども医療証の交付を申請します。
なお、住民基本台帳、市民税課税台帳、児童手当受給者台帳及び国民健康保険資格台帳により、必要に応じた調査を受けることに同意します。

対象者 (子ども)	フリガナ	生年月日
	氏名	平成・令和 年 月 日生

同意書欄

以下は、小学校入学前の子の申請かつ1月1日現在で守口市に住民登録がなく、守口市以外の自治体で課税されている場合に記入してください。

子ども医療に関する事務手続に必要があるときは、私の地方税関係情報を守口市が取得することに同意します。

	父	母
生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住所(1月1日現在)		
個人番号		
フリガナ		
氏名(署名欄)		

※ 同意する者が自ら署名をおこなうこと。代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

申請事由	発生年月日 平成・令和 年 月 日	医療証番号	受付	入力
	1 出生 2 転入 3 保険加入 4 生保廃止 5 その他()		第 号	