

乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

荒川区長 殿

保護者等	住所	荒川区 荒川2丁目 2番 3-216号	電話	090-1234-5678
	フリガナ	アラカワ イチロウ	子どもの続柄	父・母・祖父・祖母 その他()
氏名	荒川 一郎 (×年 ×月 ×日生)			

子ども	フリガナ		生年月日	事務処理欄				
	氏名							
	1	アラカワ ジロウ 荒川 二郎	×年×月×日					
	2							
3								

加入医療保険	<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="color: red;">お子様の加入している保険または加入予定の</p> <p style="color: red; font-size: 24px; font-weight: bold;">保険証 (表面のコピー) を</p> <p style="color: red;">添付してください</p> </div>
--------	--

乳幼児・子ども・高校生等医療証の交付を申請します。

なお、受給資格の認定及び受給期間中の事務執行に関し、区が必要に応じて所得等を公簿により確認することに同意します。

また、乳児家庭全戸訪問事業のため、荒川区保健所が必要に応じて上記申請に記載された情報(住所、電話、保護者の氏名及び乳児との関係並びに乳児の氏名、生年月日及び性別)を利用することに(同意します・同意しません)。

××年 ×月××日 出生の場合は、必ず記入してください。 同意します 荒川 一郎

*太枠内は記入しないでください*事務処理欄

資格取得日	年 月 日	取得事由	出生・転入・生保廃止・保険加入 その他()
交付年月日	年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送
備考			受付