

丸亀市市民福祉医療証交付申請書

児童手当

丸亀市長宛

令和 年 月 日

申請者 住所 丸亀市 町

(保護者) 氏名 印

電話

下記のとおり丸亀市市民福祉医療証の交付を申請します。つきましては、下記の所得状況を調査することに同意します。

医療の種類	1. こども医療			
受診者	氏名			男・女
	住所	丸亀市 町		個人番号
	生年月日	平成・令和 年 月 日生	保護者との続柄	
加入保険 (別紙のとおり)	保険の種類	全国健康保険協会・組合・船・共済・国保・国組		
	被保険者証の記号番号	記号	番号	付加給付 有・無
	被保険者名	(昭和・平成 年 月 日生)		
	保険者番号		個人番号	
	保険者名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 丸亀市(国保) <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合 <input type="checkbox"/> その他()		

※以下はご記入の必要はありません

医療費振込希望 金融機関	銀行	支店出張所	口座名義 (カタカナで記入)			
	香川県農協	支店	口座番号			
心身障害者(児)	障害種類	視・聴・音 肢・内・知	1 A	2 A	3 B	4 B
所得 状 況	氏名	個人番号	所得額	控除額	対象額	(老保)扶養数
	受診者					()
	配偶者					()
	扶養義務者 (続柄)					()
						()
					()	

記入の際の注意事項

地方税の該当年度1月1日時点で丸亀市に住民登録をしていない方は、裏面同意書に記入してください。

課 非 県 市

転入日 年 月 日
保険加入日 年 月 日
資格取得日 年 月 日

(裏面)

年 月 日

地方税関係情報取得に関する同意書

丸亀市が丸亀市個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例第4条に基づく丸亀市市民福祉医療費助成の受給資格認定事務を処理する場合に限り、該当年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者 (被保険者)	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			
同意者	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			
同意者	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			
同意者	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			
同意者	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			
同意者	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所
	該当年度の1月1日 時点での住所			

記載要領

現住所が申請者と同住所の方は、住所欄右の「申請者と同住所」にチェックを入れることで、住所の記入を省略することができます。住所が異なる場合は、下欄に記入してください。