第1号様式(第6条関係)

乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

保護者等	住所		電話番号 (自宅／母携帯／父携帯／勤務先／その他(　　))		勤務先又は職業
	フリガナ			生年月日	
	氏名				
	子どもとの続柄	1父　2母　3祖父　4祖母　5(　　)			
子ども	フリガナ			生年月日	
	氏名				

受給者番号						

区処理欄

保険証添付　有　無

児童手当　有（ 1 新規　2 増額 ）

無（ 1 公務員　2 別監で受給　3 公用ビザ ）

子どもの健康保険情報証明書類のコピー貼付欄

(資格確認書のコピーなど)

上記のとおり、子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。
なお、子どもの医療費の助成を受けるため、公簿による確認その他必要な調査を受けることに同意します。

年　月　日

目黒区長　宛て　　(保護者等)

受付年月日	処理年月日	認定年月日
総合庁舎　郵送 中央・西部 (受付者　　)　南部・北部		