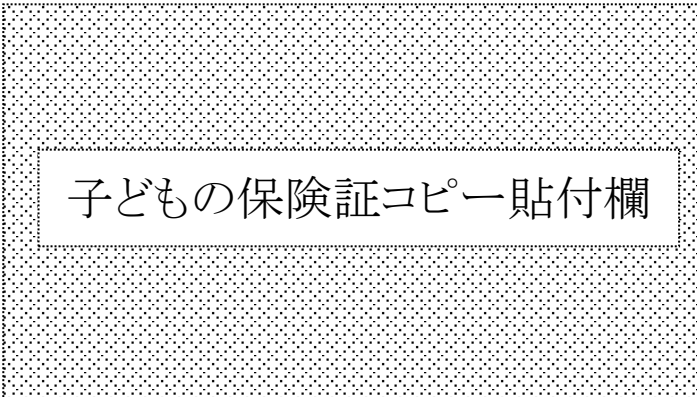


乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保 護 者 等	住所		電話番号 <small>(自宅/母携帯/父携帯/勤務先/その他())</small>		受 付	子育て支援課 地区(中央・西部 南部・北部) 郵送	
	ふりがな		生年月日				
	氏名						
子 ど も	子どもとの 続柄	1 父 2 母 3 祖父 4 祖母 5 ()					区 分
	ふりがな		生年月日	続柄		乳	
	氏名					子	
						青	



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 4 所得超過)

育成・児扶・親

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、課税台帳等による所得状況の
 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	医療証発送年月日
(受付者)			