

乳幼児・子ども医療証交付申請書

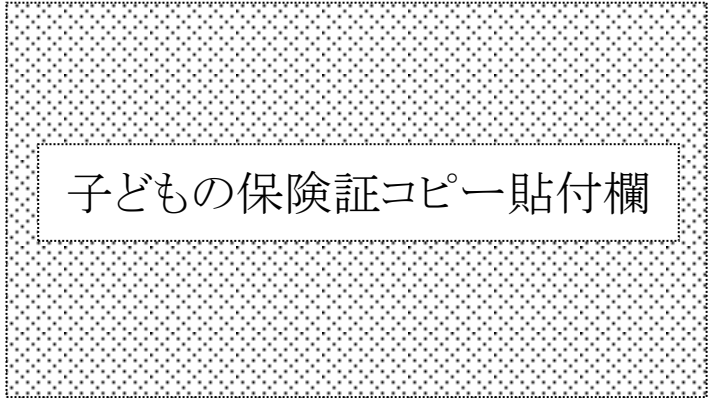
受給者番号

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

保 護 者	住所	電話番号 <small>(自宅/母携帯/父携帯/勤務先)</small>	勤務先又は職業				受 付	子育て支援課 地区(中央・西部 南部・北部) 郵送	
	フリガナ		生年月日						
	氏名								
子 ど も	子ども続柄	1 父 2 母 3 祖父 4 祖母 5 ()					補 助 区 分	1 一般 2 特例 3 共済 4 区単独 A 一般 B 特例 C 共済 D 区単独	
	フリガナ		生年月日	続柄	在 学 校 等	学 年			
	氏名				乳幼児・小学・中学	年			

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)

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)

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)			