

# 記入例

## 乳幼児・子ども医療証交付申請書

受給者番号

保護者	住所	目黒区上目黒2-19-15		電話番号	3715-1111 <small>(自宅) (母携帯/父携帯/勤務先)</small>		勤務先又は職業	目黒商事		受付	子育て支援課 地区(中央・西部 南部・北部) 郵送
	フリガナ	メグロ タロウ		生年月日	S55.5.5						
	氏名	目黒 太郎		保護者の住所、氏名、年齢、生年月日、 子どもとの続柄、連絡先、勤務先又は職 業をご記入ください。							
子ども	子どもとの続柄	①父 2母 3祖父 4祖母 5( )		生年月日	H27.8.1		続柄	子		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	メグロ ハナコ		生年月日	H27.8.1		続柄	乳幼児・小学・中学			
	氏名	目黒 花子		生年月日	H27.8.1		続柄	子			

お子さまの氏名、生年月日、  
続柄、在学学校等、学年を  
ご記入ください。

子どもの保険証コピー添付欄

お子様の健康保険証コピーを貼ってください。こ  
の欄に貼れない場合は裏面を使用してください。  
(保険証の発行に時間がかかる場合等は後日送  
付でも可)

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 )

← 太枠内をご記入ください。

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  
 その他必要な調査を受けることに同意します。

〇〇年△△月××日  
 目黒区長 宛て (保護者)  
 目黒 太郎

記入日及び  
保護者氏名を記入をして  
ください。

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 )			