

小児医療費助成資格取得申請書

（宛先）

秦野市長

次のとおり、小児医療証の交付を申請します。

				申請年月日				・	・	
				受付年月日				・	・	
申請者	ふりがな							生年月日		
	氏名							・	・	
	住所	秦野市						転入年月日		
	電話	電話 ()						年	月	
	個人番号							日	前住所	
配偶者	ふりがな							生年月日		
	氏名							・	・	
	住所	秦野市						申請者が加入している年金		
	個人番号							1 厚生年金保険 2 私立学校教職員共済 3 国家公務員共済組合 4 地方公務員等共済組合 5 国民年金 6 その他（未加入等）		
対象児	ふりがな							生年月日		
	氏名							・	・	
	住所	秦野市								
	続柄	同居別居の別	養護	生計関係				生活保護の受給状況		
		同・別	有・無	同一・維持				有	無	
加入保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済								
	被保険者等の氏名							重度障害者医療費給付事業の該当		
	被保険者記号番号	—						有	無	
	保険者番号									
	保険者名							ひとり親家庭等医療費助成事業の該当		
	保険者の所在地							有	無	
		電話 ()								

同 意 書

小児医療費助成資格取得申請に当たり、秦野市が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第8号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会することについて同意します。

同意者	住所		
	住所 <small>（ 年の 1月1日現在 ）</small>		
	年分の確定申告	している	・ していない
	年分の市県民税申告	している	・ していない
	フリガナ		
	氏名		
	申請者との続柄	本人	
	生年月日		
同意者	住所		
	住所 <small>（ 年の 1月1日現在 ）</small>		
	年分の確定申告	している	・ していない
	年分の市県民税申告	している	・ していない
	フリガナ		
	氏名		
	申請者との続柄		
	生年月日		