

申請区分	一般・別監・特定	受付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
------	----------	-------	-------	-------	-------

医療証交付申請書

申請者	ふりがな氏名	生年月日	連絡先
	No.	西暦・昭和・平成 年 月 日	自宅 携帯
住所	杉並区 丁目 番 号 (建物名称等)		

配偶者等	ふりがな氏名	生年月日	住所・連絡先
	No.	西暦・昭和・平成 年 月 日	同居・別居 () 電話 - -

今回申請する子ども	ふりがな氏名	続柄	生年月日	子どもの監護状況 (別居の場合の住所)	受給者番号
			障害等の医療費助成		
No.		子・その他 ()	西暦・平成・令和 年 月 日	同居監護 別居監護 ()	
			受給・非受給 ()		
No.		子・その他 ()	西暦・平成・令和 年 月 日	同居監護 別居監護 ()	
			受給・非受給 ()		
No.		子・その他 ()	西暦・平成・令和 年 月 日	同居監護 別居監護 ()	
			受給・非受給 ()		
No.		子・その他 ()	西暦・平成・令和 年 月 日	同居監護 別居監護 ()	
			受給・非受給 ()		

加入医療保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済	資格取得年月日	西暦・平成・令和 年 月 日
	被保険者氏名	保険記号・番号		-
	保険者番号	保険者名称		

⑥ 医療費助成	受給 非受給	生活保護	受給 非受給	児童手当 (No)	平成・令和 年 月から受給・額改 申請中・送付書・公務員・所得超過・非受給

上記のとおり、杉並区子どもの医療費助成制度の医療証の交付を申請します。
 本申請の認定のために上記の申請者、配偶者等及び子どもについて、区が保有する個人情報の利用に同意します。

年 月 日

杉並区長宛

氏名 _____

(備考)	子どもの転入又は出生年月日	受付	一次審査	二次審査
	年 月 日			
	保険変更届の案内 <input type="checkbox"/>			
	認定日前の医療の確認 <input type="checkbox"/>			

保険証（写）添付位置
