

※保険証のコピー（表紙と家族の欄）を添付してください（カード式の場合は被保険者、乳幼児等それぞれのカード）

第1号様式（第6条関係）

受付区民係 区民係

負担者番号	8	8	1	3				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	年	月	日	備考	
	住所	杉並区 丁目 番 号		方書		電話 ( )		

配偶者等	ふりがな氏名		生年月日	年	月	日	備考	

対象乳幼児等	ふりがな氏名	生年月日 学年	性別	続柄	同居・別居 の別	監護の有無	生計関係	心身障害者 医療費助成	受給者番号				証	
			小・中 年	男・女		同・別	有・無	同一・維持	受給・非受給					
	No.													
		小・中 年	男・女		同・別	有・無	同一・維持	受給・非受給						乳・子
	No.													
		小・中 年	男・女		同・別	有・無	同一・維持	受給・非受給						乳・子
	No.													
		小・中 年	男・女		同・別	有・無	同一・維持	受給・非受給						乳・子
	No.													

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	
	ふりがな被保険者氏名			資格取得年月日	年		月	日	申請者との続柄				
	保険者	番号	名称		被保険者 記号・番号		—						

<input checked="" type="checkbox"/> 医療費助成	受給 非受給	生活保護	受給 非受給	児童手当 (NO )	年 月から 受給 申請中・申請予定・非受給
---	-----------	------	-----------	---------------	--------------------------

上記のとおり、乳幼児等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申請者及び配偶者等の区が保有する個人情報の利用に同意します。

杉並区長宛

年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_

備考	対象乳幼児等転入又は出生年月日	年 月 日	係員
	保険変更届案内	済 ・ 無	
	医療行為の確認	済 ・ 無	

---

保険証（写）添付位置

---