

医療証交付申請書

東村山市長 殿

次のとおり、医療費の助成を受けるため医療証の交付を申請します。

										(受付印)		入力		確認			受付													
										交付日				郵送・窓口																
申請年月日		. .		※受付確認年月日		. .		不足書類																						
1 申 請 者	(ふりがな)												氏名		生年月日		. .		職業		ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		配偶者の有無		有・無					
	住所		東村山市										電話		()															
	1月1日時点の住所 (1~9月分は前年、10~12月分は本年)		(上記と異なる場合に記入してください)																											
2 配 偶 者 等	(ふりがな)												氏名		電話		()		住所		(別居の場合)									
	職業		ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者										1月1日時点の住所 (1~9月分は前年、10~12月分は本年)		(上記と異なる場合に記入してください)															
3 助 成 対 象 者	氏名		続柄		生年月日		同居・別居の別		住所 (別居の場合)		監護の有無		生計関係																	
					. .		同・別				有・無		同一・維持																	
					. .		同・別				有・無		同一・維持																	
					. .		同・別				有・無		同一・維持																	
										譲渡所得の有無		有・無																		
										生活保護の有無		有・無																		
										児童手当の有無		有・無																		
<p>申請時・毎年の更新時の審査を受けるため、この届出に関して証明すべき事実を公簿等により確認することに同意いたします。 また、申請した事項について変更があった場合は、速やかに届出を行います。 ※ 確認ができない場合は、現況届及び関係書類の提出をお願いすることがあります。</p>															申請者氏名					配偶者氏名										