

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書（兼現況届）

令和 年 月 日 小笠原村長殿					
下記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。					
医療証の交付及び更新に係る審査のために、受給資格に関わる情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携含む）により確認することについて同意します。					
また、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに届出を行います。					
（主たる生計者） 申 請 者	（フリガナ）		生 年 月 日		配 偶 者
	氏 名		年 月 日		有 ・ 無
	個人番号（マイナンバー）				
	住 所	〒 電話番号 東京都小笠原村			
	加 入 保 険 の 種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済			
助成対象児童	（フリガナ） 氏 名	個 人 番 号 （マイナンバー）	生 年 月 日	続 柄	居 住
				子 そ の 他 （ ）	同 居 別 居
				子 そ の 他 （ ）	同 居 別 居
				子 そ の 他 （ ）	同 居 別 居
				子 そ の 他 （ ）	同 居 別 居
				子 そ の 他 （ ）	同 居 別 居
加入保険の種類		1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済			
事務連絡欄 （別居の場合の住所等）					