様式第２号　その４(第６条関係)

乳幼児福祉医療費受給申請に係る調書

　助成対象乳幼児の兄弟姉妹等の構成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ氏名 | 生年月日 | 居住地（現住所） |
| 保護者(児童手当受給者)(主たる生計維持者) |  |  |  |
| 保護者の配偶者 |  |  | □同上 |
| 助成対象乳幼児および兄弟姉妹 |  |  | □同上 |
|  |  | □同上 |
|  |  | □同上 |
|  |  | □同上 |
|  |  | □同上 |

注）18歳以上で就労または住居が同一でない場合も記載してください。

　※　上記の個人情報については、福祉医療費助成に係る手続にのみ用い、当該手続以外の目的で利用することはありません。