

様式第1号(第5条関係)

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書

下記のとおりに、父母共に所得のある場合、申請者は**所得の高いほうの方**となります
※個人番号欄は記入不要です

年 月 日

① 申請者	個人番号	住所	⑤ 加入保険の状況					
	(ふりがな) ひかしくるめ いちろう	本町3-3-1	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済
	氏名 東久留米 一郎	配偶者の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	個人番号 (ふりがな) ひかしくるめ はなこ	保護者(申請者)の住所				
生年月日 昭和50年1月1日	配偶者氏名 東久留米 花子	対象児童の健康保険証コピーを同封してください。 ※出生の場合、児童が加入予定の保護者の健康保険証のコピーで構いません。						
② 助成対象乳幼児	個人番号	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護・養育の有無	生計関係	※助成対象児童 ○印
	氏名 東久留米 太郎	子	○年○月○日	同・別	申請者と別居の場合のみ、児童の住所地を記載	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	
	対象児童の氏名		年 月 日	同・別		有・無		対象児童が申請者自身の子で生計を同じくしていれば「同一」に○
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持	
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持	
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持	
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持	対象児童を養育していれば「有」に○
③ 所得の状況	年分 所得額 円	譲渡所得	有・無	④ 扶養親族等及び乳幼児の数 うち同一生計配偶者(70歳以上の者に限る)及び老人扶養親族の合計数 人				
児童手当の受給状況	年 月	生活保護の受給状況	有・無	心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費助成の有無			有・無	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。 字は楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

※は記入しないでください。

※市記入欄	年分 所得の合計額 円	控 除				所得制限限度額 円	
		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障 害 者 特 障 人	寡婦・ひとり親・勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条第1項による控除
		円	円	円	円	円	80,000 円
	・住民票 [添付]	児童手当認定通知書	児童手当改定通知書	児童手当支払通知書	公簿確認 [添付]	健康保険証 [提示]	公簿確認 [添付]
	・所得関係書類 [添付]	児童手当認定通知書	児童手当改定通知書	児童手当支払通知書	公簿確認 [添付]		
	・養育関係書類 [添付]	児童手当認定通知書	児童手当改定通知書	児童手当支払通知書	公簿確認 [添付]		

医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他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)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。

左記の文章をご一読いただき、氏名をご記入ください。

申請者
氏名

東久留米 一郎

配偶者
氏名

東久留米 花子

受付	入力	確認