

様式第1号(第8条関係)

義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書

下記のとおり、父母共に所得のある場合、申請者は**所得の高いほうの方。**

年 月 日

個人番号欄は記入不要です。

① 申請者	個人番号	住所		⑤ 加入保険の状況					
	(ふりがな)	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	電話 ()		保護者(申請者)の住所					
	生年月日	配偶者の有無	個人番号	対象児童の健康保険証コピーを同封してください。					
	昭和50年1月1日	有・無	(ふりがな)						
	東久留米 一郎	有	ひがしくるめ はなこ						
			配偶者氏名	東久留米 花子					
② 助成対象児童	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	子	○年○月○日	同・別	申請者と別居の場合のみ子の住所地を記載	有・無	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	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	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	人	
	円								
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	控 除				所得制限限度額	円
	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 障 人 ・ 特 障 人	寡婦・ひとり親・勤労学生控除額	円
		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 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 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 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 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]	・ 健 康 保 険 証 [提示 公簿確認]

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

交付	年月日	備考