

第1号様式(第5条関係)

乳幼児医療費助成制度医療

父母共に所得のある場合の申請者は、原則として所得の高いほうの方になります。 ※児童手当受給者と同じ方になります。

申請される年月日をご記入ください。

記入例

下記のとおり、医療証の交付を申請します。

年 月 日

① 申請者	個人番号	住所		東久留米市		⑤ 加入保険の状況		6 共済	
	(ふりがな)	氏名		東久留米 一郎		被保険者等氏名	この制度に該当するお子さまの健康保険証の写しを添付してください。		
	性別	生年月日	配偶者の有無	個人番号(ふりがな)	保険者所在地	被保険者証記号番号			
	男	昭和50年1月1日	有	ひがしぐるめ はなこ	付加給付の有無				
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	※ 助成対象乳幼児 ○印	
	氏名	子	年 月 日	同	お子様が保護者と別居の場合のみご記入ください。	有	同	維持	
	対象となるお子さまについてご記入ください。					有・無	同	維持	
						有・無	同	維持	
	同居の場合は「同」、別居の場合は「別」に○をしてください。					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○をしてください。		
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		
児童手当の受給状況		網掛け以外の箇所についてご記入ください			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

※は記入しないでください。

※市記	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	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	円	80,000 円	
↓下記の文章をよくお読みいただき、記名をお願いします。		児童手当支払通知書		公募確認	健康保険証		[提示 公募確認]	

本申請の認定及び毎年更新にかかる受給資格確認のため、市備付けの公簿及び児童手当の所得情報等を使用することに同意します。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。

申請者氏名

東久留米 一郎

受付	入力	確認