

様式第1号(第8条関係)

高校生等医療費助成制度

申請者は世帯の中で主に生計を維持している方(所得の高い方)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、高校生等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			
	(ふりがな)	ひがしくるめ いちろう		本町3-3-1		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		電話	042 (470) 7736		この制度に該当する高校生等の健康保険証の写しを添付してください。		
	生年月日	昭和50年 1月 1日		配偶者の有無	有・無				
個人番号	ひがしくるめ はなこ		個人番号(ふりがな)	東久留米 花子					
② 助成対象高校生等	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	※ 助成対象高校生等 ○印	
	氏名	子	年 月 日	同・別	高校生等が保護者と別居の場合のみ ご記入ください。	有・無	同・維持		
	対象となる高校生等についてご記入ください。				同・別		有・無	同・維持	
	対象高校生等を養育していれば、「有」に○をしてください。				同・別		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。				同・別		有・無	同・維持	
	対象高校生等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。				同・別		有・無	同・維持	
	対象となる高校生等についてご記入ください。				同・別		有・無	同・維持	
③ 所得の状況		年分 所得額	円	譲渡所得	有・無	④ 扶養親族等及び児童の数 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		網掛け以外の箇所についてご記入ください				受給の有無	有・無		

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※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 障 害 者 控 除 額 障 人 ・ 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	80,000 円	
↓下記の文章をよくお読みいただき、記名をお願い致します。				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を含む)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。

受付	入力	確認

申請者氏名

東久留米 一郎

配偶者氏名

東久留米 花子