

# こども医療費助成制度医療証交付申請書

国立市長 殿

下記のとおり、こども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

記名押印に代えて、署名することができます。

		提出年月日		年 月 日																																																
① 申請者	この申請の認定及び対象期間中の確認のために必要な事項について、公簿等により確認することに同意します。																																																			
	フリガナ				生年月日																																															
	氏名				年 月 日																																															
	個人番号				配偶者の有無	有 ・ 無																																														
	住所	国立市				電話 — —																																														
	1月～9月申請の場合は前年1月1日、10～12月申請の場合は今年1月1日現在の住所		国立市内 ・ 市外（住所）																																																	
② 配偶者	この申請の認定及び対象期間中の確認のために必要な事項について、公簿等により確認することに同意します。																																																			
	フリガナ				生年月日																																															
	氏名				年 月 日																																															
	個人番号																																																			
	住所	申請者と同居 ・ 別居（住所）																																																		
	1月～9月申請の場合は前年1月1日、10～12月申請の場合は今年1月1日現在の住所		国立市内 ・ 市外（住所）																																																	
③ 助成対象のこども	フリガナ 氏名 個人番号		生年月日	性別	続柄	同居 別居 の別	生計 関係	監護	※職員記入欄 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">受給者番号</th> </tr> <tr> <td colspan="2">乳8813</td> <td colspan="2">子8813</td> </tr> <tr> <td>都</td><td>市</td><td>都</td><td>市</td> </tr> <tr> <td>8383</td><td>2386</td><td>1388</td><td>4382</td> </tr> <tr> <td colspan="2">乳8813</td> <td colspan="2">子8813</td> </tr> <tr> <td>都</td><td>市</td><td>都</td><td>市</td> </tr> <tr> <td>8383</td><td>2386</td><td>1388</td><td>4382</td> </tr> <tr> <td colspan="2">乳8813</td> <td colspan="2">子8813</td> </tr> <tr> <td>都</td><td>市</td><td>都</td><td>市</td> </tr> <tr> <td>8383</td><td>2386</td><td>1388</td><td>4382</td> </tr> </table>				受給者番号				乳8813		子8813		都	市	都	市	8383	2386	1388	4382	乳8813		子8813		都	市	都	市	8383	2386	1388	4382	乳8813		子8813		都	市	都	市	8383	2386	1388	4382
	受給者番号																																																			
	乳8813		子8813																																																	
	都	市	都	市																																																
	8383	2386	1388	4382																																																
	乳8813		子8813																																																	
	都	市	都	市																																																
	8383	2386	1388	4382																																																
	乳8813		子8813																																																	
	都	市	都	市																																																
8383	2386	1388	4382																																																	
1			年 月 日	男・女	子・その他	同居・別居	同一・維持	有・無																																												
2			年 月 日	男・女	子・その他	同居・別居	同一・維持	有・無																																												
3			年 月 日	男・女	子・その他	同居・別居	同一・維持	有・無																																												
他制度		下記に該当している方は○をつけてください。																																																		
		1. 生活保護を受給している    2. こどもがひとり親医療証を持っている    3. こどもが心身障害者医療証を持っている																																																		
		4. こどもが児童福祉施設(母子支援施設・通所施設を除く)に入所している																																																		
④ 入保険 の 加	保険の種類	1. 国保（国立市国保・国保組合）    2. 組合    3. 協会    4. 日雇    5. 船員    6. 共済																																																		
	被保険者氏名			記号			番号																																													
	保険者番号				資格取得日																																															
	保険者名																																																			

※職員記入欄	所得金額(A)	扶養親族等 譲渡	控除額(B)			控除後の所得額(A-B)	
			医療費控除	普障人・特障人	寡・特寡・勤		円
			雑損・小規模	その他控除	一律控除		
			円	円	80,000円		
申請者所得	公簿・証明書・パスポート・（				他制度	円	
配偶者所得	公簿・証明書・パスポート・（				児手(新規・額改定・公務員)・育成・児扶・マル親・特児		
備考						資格取得	
						出生日・転入日・申請日・（ ）	
						年 月 日から 年 月 日まで	
						交付者	
						発行日	
						発送日(〒・窓)	