

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。

提出年月日 年 月 日

① 申請者	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により確認することについて同意します。							
	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
昨年1月1日現在の住所	国立市内・市外 (※自治体名までの記載で可(例:〇〇市,〇〇区)			今年1月1日現在の住所	国立市内・市外 (※自治体名までの記載で可(例:〇〇市,〇〇区)			

② 配偶者	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により確認することについて同意します。							
	フリガナ						生年月日	
	氏名						年 月 日	
	個人番号						電話	- -
	住所	申請者と同居 ・ 別居 (住所)						
昨年1月1日現在の住所	国立市内・市外 (※自治体名までの記載で可(例:〇〇市,〇〇区)			今年1月1日現在の住所	国立市内・市外 (※自治体名までの記載で可(例:〇〇市,〇〇区)			

③ 助成対象のこども	フリガナ			生年月日	続柄	同居 別居 の別	生計 関係	監護	※職員記入欄									
	氏名								受給者番号									
	個人番号			年	子 ・ その他 ()	同居 ・ 別居	同一 ・ 維持	有 ・ 無	乳8813 都 市	子8813 都 市	青8913 都 市	8383	2386	1388	4382	1387	4381	
	1			月	日				/	/	/	/						
	2			年	子 ・ その他 ()	同居 ・ 別居	同一 ・ 維持	有 ・ 無	乳8813 都 市	子8813 都 市	青8913 都 市	8383	2386	1388	4382	1387	4381	
	3			月	日				/	/	/	/						
	他制度	下記に該当している方は〇をつけてください。 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																

※職員記入欄	加④ 入こどもの保険	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 人 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(人)	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・ひとり親・勤	
			雑損・小規模	その他控除		規則による控除(社・給)		
			円	円	円	8万円・10万円	円	
申請者所得	公簿・証明書・パスポート・マイナンバー ()					他制度	児手(新規・額改定・公務員)・ 育成・児扶・マル親・特児	
配偶者所得	公簿・証明書・パスポート・マイナンバー ()					他制度		
備考						資格取得	出生日・転入日・申請日・()	受付者
						発行日	年 月 日から 年 月 日まで	交付者
						発行日	発 送 日 (〒・窓)	