



義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに登録されます。

		受付年月日					
申請者	フリガナ			生年月日			
	氏名					配偶者の有無	有・無
	住所	電話					
	平成21年1月1日現在住所	市内・市外	年	月	日	より転入	
助成対象児童	氏名	生年月日		続柄	同居・別居の区分	監護の有無	生計関係
					同居・別居	有・無	同一・維持
					同居・別居	有・無	同一・維持
					同居・別居	有・無	同一・維持
					同居・別居	有・無	同一・維持
年金加入	1 厚生年金保険 2 私立学校教職員共済 3 公務員等共済 4 国民年金 5 未加入 6 その他()						
加入保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済					
	被保険者氏名			申請者の続柄	本人・本人外	附加給付	有・無
	被保険者証記号	記号			所在地		
	記号・番号	番号				番号	
	保険取得日(対象児)			保険者	名称		
公費負担による医療費助成の受給状況 (受給中のものがあればで囲んでください。)		生活保護 心身障害者医療費助成制度 ひとり親家庭等医療費助成制度					
<p>義務教育就学児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 この届に記載した状況について、住民基本台帳、戸籍、課税台帳等の公簿により確認することに同意します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p>(あて先) 昭島市長</p>							
				電算 / 通知 /			
				被 非 特 公			
所得の合計	扶養人数	規則第6条第1項による控除	雑損・医療費小規模控除	障害者控除	寡・勤控除	控除後の所得	
		80,000					

注)裏面の注意をよく読んでから太枠の中を楷書(かいしょ)で記入して下さい。
 記名押印に代えて署名することができます。