



義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書

										受付年月日				
申 請 者	フリガナ									生 年 月 日				
	氏 名									昭和 平成	年	月	日生	
者	住 所	昭島市 電話 - -								配偶者		有・無		
	年1月1日現在住所	市内・市外	平成	年	月	日	市より転入							
助 成 対 象 児 童	氏 名	生 年 月 日			続 柄	同居・別居 の区分	監 護 の 無 有	生計関係						
		平成	年	月	日生		同居・別居	有・無	同一・維持					
		平成	年	月	日生		同居・別居	有・無	同一・維持					
		平成	年	月	日生		同居・別居	有・無	同一・維持					
年加 金入	1 厚生年金 2 私立学校職員共済 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 との続柄	本人・本人外	附加給付	有・無					
	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号				保 険 者	所在地							
		番号					番号							
保険取得日(対象児)	平成	年	月	日	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 ひとり親家庭等医療助成										
<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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>(あて先) 昭島市長</p>														
備 考										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・医・小 控除	障害者控除	寡・勤 控除	控除後の所得								
		80,000												

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。

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。