

乳 乳幼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 乳 幼 児	氏 名	生 年 月 日			続 柄		同居・別居 の区分		監 護 の 無		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			
		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										
乳幼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 氏名 印 (あて先) 昭島市長														
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。