

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	年 月 日		
	氏名				個人番号		
	住所	現住所		電話番号 - -			
		1月1日現在住所(1月～9月は前年、10月～12月は本年)		年 月 日 ( )より転入			
配偶者	有・無	氏名	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費助成制度の給付要件の該当性を審査するため、必要な情報を課税台帳により確認することに同意します。				
	1月1日現在住所(1月～9月は前年、10月～12月は本年)		個人番号				
助成対象乳幼児	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	性別	同居・別居 の区分	監護の有無	生計関係
		年 月 日		男・女	同居・別居	有・無	同一・維持
		年 月 日		男・女	同居・別居	有・無	同一・維持
		年 月 日		男・女	同居・別居	有・無	同一・維持
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			所在地		
		番号				番号	
保険取得日(対象児)	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費助成					
乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 この申請に関し必要な情報を住民基本台帳、課税台帳等の公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 氏名 _____ 印 (あて先) 昭島市長							
備考				電算 / 通知 /			
所得の合計	扶養人数	児童手当法施行令第3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。

※ 太枠の中を記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

個	免	パ	外	手	住有	保	年	扶	住無	その他	委任状
---	---	---	---	---	----	---	---	---	----	-----	-----