



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		年 月 日						
	氏名				個人番号								
	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"/> 義務教育就学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								
助成対象児童	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		
			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	保 険 者	番号							
			番号	名称									
保険取得日(助成対象児童)		年 月 日											
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									
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	規則第6条第1項による控除		雑・医・小控		障害者控除		寡控・勤除		控除後の所得		
			80,000										

※ 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	バ	外	手	住有	保	年	扶	住無	其他	委任状
---	---	---	---	---	----	---	---	---	----	----	-----