

□乳□子□青

第1号様式（第5条関係）

乳子青 子どもの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		□子どもの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												
助成対象者	フリガナ氏名			生年月日			続柄	同居・別居の区分		監護の有無		生計関係		事務処理欄			
				年　月　日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳　□子 □青　□青			
				年　月　日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳　□子 □青　□青			
				年　月　日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳　□子 □青　□青			
				年　月　日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳　□子 □青　□青			
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	番号									
			番号		(枝番)			名称									
	資格取得年月日(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													
(宛先) 昭島市長 子どもの医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 この申請及び医療証の更新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_____																	
備考電算 / 通知 /																	
市費・都費																	
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・小除	障害者控除		寡・ひ・勤除		控除後の所得						

注 太枠の中のみご記入ください