記入例

第１号様式（表）　（第７条関係）

㊙ 乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書

子どもの父・母で、恒常的に所得が高い方が申請者となります。

			受付年月日	
申請者	氏名	アキシマ タロウ 昭島　太郎	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
			個人番号	× × × × × × × × × × × ×
	住所	現住所 昭島市田中町1－17－ 1月1日現在住所（1月～9月は前年、 東京都福生市	電話番号	080 － ＊＊＊＊ － ＊＊＊＊
				令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 （ 東京都福生市 ）より転入
配偶者	有・無	氏名	昭島　花子（配偶者本人の署名） ✔ 乳幼児医療費助成制度における地方税情報の確認について同意する場合は、✔をつけてください。	
	1月1日現在住所（1月～9月は前年、	東京都立川市		× × × × × × × × × × × ×

申請者が１月１日現在で住民登録していた市区町村名をご記入ください。

転入日と前住地の市区町村名をご記入ください。

地方税情報を市が確認することについて同意する場合は✔をつけ、配偶者本人が署名してください。

配偶者が１月１日現在で住民登録していた市区町村名をご記入ください。

助成対象乳幼児	フリガナ 氏名	生年月日		同居・別居の区分	監護の有無	生計関係
	アキシマ イチロウ 昭島　一郎	年 ○ 月 ○ 日	子	男・女	同居・別居	有・無	同一・維持
		年　月　日		居	有	同一・維持
		年　月　日		男・女	同居・別居	

「監護」とは、監督・保護のことで、養育しているかどうかをいいます。

請求者自身の子の場合は「同一」を、それ以外の兄弟、孫等の場合には「維持」を○で囲んでください。

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	昭 島　太 郎	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 12－34	保険者	所在地	昭島市田中町1－17－1	
		番号 5678		番号	138305	
	保険取得日（対象児）	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		名称	昭 島 市	

保険組合の所在地です。昭島市国民健康保険にご加入中の方は、「昭島市田中町１－17－１」とご記入ください。

対象児童の加入保険の資格取得年月日（認定日）をご記入ください。

公費負担による医療費受給状況（受給されている方は、ください。）　生活保護　心身障害者医療費助成　ひと

乳幼児医療費助成制度医療証交付を申請します。
この申請書の記載された事項は、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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名 昭島　太郎（申請者本人の署名）印

（あて先）昭 島 市 長

注意

・申請者と配偶者の「個人番号」欄には、それぞれ12桁の個人番号をご記入ください。

・１月１日現在で市外に居住していた方は、課税（非課税）証明書が必要でしたが、ご本人様（申請者と配偶者）の同意があれば、マイナンバー制度の情報連携により地方税情報を確認できるようになりました。この申請書は同意書を兼ねますので、同意いただける方は本人署名をお願いします。同意しない場合は、課税（非課税）証明書の原本を添付して提出してください。