

様式第1号(第5条関係)

市受付印	受付者	乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書							
		負担者番号							
		受給者番号							
		年 月 日 申請							
記 ※自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。									

申請者	フリガナ			個人番号			
	氏名			生年月日			
	住所			乳幼児との続柄	父・母・()		
	1月1日現在の住所 (1～9月申請は前年1月1日)			転入年月日	年 月 日		
配偶者	氏名			住所	所得		有・無
	個人番号						
乳幼児	フリガナ	続柄	個人番号	同居 別居 の別	住所 (別居の場合のみ記入)		
	氏名		生年月日				
				同・別			
				年 月 日			
	加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()					
該当する場合 ○を付けてください。		1 生活保護を受給している。 2 心身障害者医療証の交付を受けている。 3 ひとり親医療証の交付を受けている。 4 乳幼児が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く。)等に入所している。					
あきる野市長 殿							
乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 なお、申請時及び毎年の更新時の審査を受けるため、所得状況等を公簿等により確認することに同意します。 また、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに届け出ます。							
年 月 日							
氏 名							

職 員 記 入 欄 (審 査)					
年度 合計所得金額	円	扶養親族等の数(うち同一生計配偶者(70歳以上の者に限る。)及び老人扶養親族)	人 (人)	住民税課税状況	課税・非課税
控除後の所得額	円	同一生計配偶者無の場合の配偶者所得	円		
控			除		
雑 損	円	障 害 者	人 円	ひとり親	円
医 療 費	円	特別障害者	人 円	勤 労 学 生	円
小規模企業 共済等掛金	円	寡 婦	円	児手施行令 による控除	0 円
不足 書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書(申請者) 年度分 <input type="checkbox"/> 加入医療保険(申請者) <input type="checkbox"/> 加入医療保険(配偶者) <input type="checkbox"/> 課税証明書(配偶者) 年度分 <input type="checkbox"/> 加入医療保険(乳幼児) <input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡 事項	新規・乳幼児追加 市単独 出生・転入・その他(離婚・離婚前提別居・結婚・遅延・)				医療証発送
審査 結果	認定・却下	医療証有効期間開始日	年 月 日～(申請・転入・初診)		／

記入例

市受付印		乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書																	
受付者		<table><tr><td>負担者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				負担者番号							受給者番号						
負担者番号																			
受給者番号																			
		____年 ____月 ____日 申請																	
		記 ※自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。																	
申請者	フリガナ	アキガワ タロウ		個人番号	1234 5678 9012														
	氏名	秋川 太郎		生年月日	〇〇年〇月〇日														
	住所	あきる野市二宮350番地		乳幼児との続柄	父・母・()														
	1月1日現在の住所 (1~9月申請は前年1月1日)		電話番号 042 (558) 1111		転入年月日	____年 ____月 ____日													
配偶者	氏名	秋川 花子		住所	同上	所得	有・無												
	個人番号	1111 2222 3333																	
乳幼児	フリガナ	続柄	個人番号	同居 別居 の別	住所 (別居の場合のみ記入)														
	氏名		生年月日																
	アキガワ ジロウ	子	0123 4567 8910	同・別															
	秋川 次郎		〇〇年〇月〇日																
加入保険		1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()																	
該当する場合 ○を付けてください。		1 生活保護を受給している。 2 心身障害者医療証の交付を受けている。 3 ひとり親医療証の交付を受けている。 4 乳幼児が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く。)等に入所している。																	
あきる野市長 殿																			
乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 なお、申請時及び毎年の更新時の審査を受けるため、所得状況等を公簿等により確認することに同意します。 また、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに届け出ます。																			
〇〇年 〇月 〇日																			
氏名 秋川 太郎																			

《提出書類》

●マイナンバーが分かる書類(申請者、配偶者及び対象児童のもの)

※マイナンバーを使用し、対象児童の加入医療保険の情報照会を行います。情報照会が不可の場合、対象児童の加入医療保険が分かる下記のうちのいずれかの書類をご提出いただく可能性があります。

- ・医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」
- ・医療保険の保険者から交付された「資格確認書」
- ・マイナポータルからダウンロードした「資格確認情報画面」の写し

※その他、必要に応じて書類を提出していただく場合があります。