

様式第1号(第5条関係)

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書

市受付印	受付者
------	-----

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・( )	
		電話番号 ( )			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	生年月日	同居 別居 の別	住所 (別居の場合のみ記入)		
	氏名						
	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。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日</span> <span>氏 名</span> </div>							

職 員 記 入 欄 ( 審 査 )					
年度 合計所得金額	円	<small>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)</small>	人 ( 人 )	住民税課税状況	課税・非課税
控除後の所得額	円	<small>同一生計配偶者無の場合の配偶者所得</small>	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	80,000 円
不足書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書(申請者)      年度分 <input type="checkbox"/> 保険証(申請者) <input type="checkbox"/> 保険証(配偶者) <input type="checkbox"/> 課税証明書(配偶者)      年度分 <input type="checkbox"/> 保険証(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・)				

# 記入例

様式第1号(第5条関係)

市受付印

## 乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書

1月2日以降にあきる野市に転入した場合は、1月1日現在の住所を記入して下さい。

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			
	名	秋川 太郎			生年月日	〇〇年〇月〇日			
	所	あきる野市二宮350番地			乳幼児との続柄	①・母・( )			
		電話番号 042 ( 558 )1111							
	1月1日現在の住所 (1~9月申請は前年1月1日)		〇〇県〇〇市		転入年月日	〇〇年〇月〇日			
配偶者	氏名	秋川 花子			住所	同上		所得	①・無
	個人番号	1111 2222 3333							
乳幼児	フリガナ	続柄	生年月日	同居 別居 の別	住所 (別居の場合のみ記入)				
	氏名								
	アキガワ ジロウ 秋川 次郎	子	〇〇年〇月〇日	①・別					
	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									

原則、父母のうち所得が高い方(児童手当の受給者)が申請者となります。

《提出書類》

- ・お子さんの健康保険証の写し(コピー)
- ・同意書(1月2日以降あきる野市に転入した方のみ) ※1月2日以降あきる野市に転入した方は、所得の確認のために同意書が必ず必要です。同意書は、子育て応援サイトのキッズからダウンロードすることができます。
- ・マイナンバーが分かる書類(申請者および配偶者のもの)
- ・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。