

小児医療費助成事業医療証交付申請書

松田町長様

平成 年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
 なお、申請にあたり所得状況を公簿等により確認することに同意します。

申請者	ふりがな			生年月日	平成 年 月 日		
	氏名			性別	男・女	配偶者の有無	有・無
	住所	松田町		電話番号			
	(前住所)	対象児の誕生月が1月から6月の場合は前年(7月から12月の場合はその年)の1月1日現在、松田町以外に在住の方はその住所		()			
対象児	ふりがな			生年月日	平成 年 月 日		
	氏名			性別	男・女	申請者の続柄	
	同居・別居の別	同・別	別居のとき住所	松田町			
加入の状況	加入している年金等の年金又は共済組合の種類					※ 記入不要	
	ア. 厚生年金		エ. 地方公務員等共済組合		1. 被用者又は公務員		
	イ. 私立学校教職員共済組合		オ. 国民年金		2. 被用者等でない者		
	ウ. 国家公務員共済組合		カ. その他()				
加入保険の状況	保険の種類	1. 国保 2. 国保組合 3. 政管 4. 組合 5. 日雇 6. 船員 7. 共済					
	保険証の記号番号			被保険者氏名			申請者の続柄
	保険者名				保険者番号		
	保険者の所在地						
他制度	子ども手当の受給状況	有・無		生活保護の受給状況	有・無		
	重度障害者医療給付事業の該当	有・無		ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有・無		
理由	1. 出生 2. 転入 (年 月 日転入) 3. その他 ()						

※町記入欄	平成 年分所得の合計額	円	障害者控除 普障人 特障人	円	扶養人数 (老人扶養親族数)	人(人)
	雑損控除	円	老年人・寡婦・寡夫・勤労学生控除	円	所得限度額	児童手当 円
	医療費控除	円	児童手当法施行令第3条第1項による控除	80,000円		特例給付 円
	小規模企業共済等掛金控除	円	控除後の所得金額	円	助成対象の区分	県・町
	医療証有効期間	平成 年 月 日から		医療証受給者番号		
	平成 年 月 日まで		医療証発行年月日	平成 年 月 日		

※添付書類	住民票	[添付 :]	子ども手当認定請求書	子ども手当改定通知書	子ども手当支払通知書、公簿等確認
	所得関係書類	[添付 :]	子ども手当認定請求書	子ども手当改定通知書	子ども手当支払通知書、公簿等確認
	養育関係書類	[添付 :]	子ども手当認定請求書	子ども手当改定通知書	子ども手当支払通知書、公簿等確認
	健康保険証	[提示 :]	公簿等確認		
	公的年金証書	[提示 :]	公簿等確認		