

小児医療費助成事業医療証交付申請書

松 田 町 長 殿

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。

申請者	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名	①			電話番号	()	
	個人番号				性別	男・女	
	住所	現住所と異なる場合に記入			配偶者の有無	有・無	
配偶者	1月1日時点の住所（対象児の誕生月が1～6月は前年、7～12月はその年）	現住所と異なる場合に記入					
	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名				電話番号	()	
	個人番号				同居・別居の別	同・別 別居の場合その住所	
対象児	同居・別居の別	同・別		別居の場合その住所 松田町			
	1月1日時点の住所（対象児の誕生月が1～6月は前年、7～12月はその年）	現住所と異なる場合に記入					
	ふりがな				性別	男・女	申請者との続柄
	氏名				生年月日	年 月 日	
加入医療保険	個人番号				同居・別居の別	同・別 別居の場合その住所	
	保険の種類	1. 国保 2. 国保組合 3. 組合 4. 協会 5. 共済組合 6. その他 ()					
	被保険者氏名				記号	番号	申請者との続柄
	保険証の記号番号				保険者番号		
他制度	保険者名	1 松田町 2 全国健康保険協会 () 支部 3 () 健康保険組合 4 () 共済組合 5 その他 ()					
	生活保護の受給	有・無		ひとり親家庭等医療費助成の受給			有・無
理由	重度障害者医療費助成の受給	有・無		児童手当を受給している市町村等			松田町・その他
	1 出生	2 転入 () 年 月 日転入)		3 継続更新			
		4 その他 ()					

同意書

下記の者は、医療費助成を受けるにあたり町が必要な情報を公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により確認することに同意します。

申請者

配偶者

※ 町 記 入 欄	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 ()	
	雑損控除	円	老年者・寡婦・ 寡夫・勤労学 生控除	円	所得限度額	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	円	助成対象 の区分	入院	県・町
	小規模企業共 済等掛金控除	円	控除後の 所得金額	円		入院外	県・町
	医療証 有効期間	年 月 日から			医療証 受給者番号		
	年 月 日まで			医療証 発行年月日	年 月 日		