

乳

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書



小平市長 殿
 次のとおり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、申請及び毎年資格更新、医療給付に当たり、対象児童が18歳に達するまでの各年度の申請者及びその配偶者の所得状況等を、市の保有する公簿等により確認することに同意します。
 また、申請した事項に変化が生じた場合は速やかに届出を行います。
 ※転入等で、所得状況等を市の保有する公簿等により確認できない方がいる場合は、別紙同意書も提出してください。 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		加入 保 険 の 内 容	記号		
	氏名			個人番号				番号	(枝番)	
				電話(携帯)番号	()			被保険者	申請者本人・その他 ()	
	住所			配偶者の有無	有 ・ 無			保険者番号		
	1月1日の住所 (1月から9月は前年、 10月から12月は本年)	小平市 ・ 小平市外	※市外の場合のみ記入 () 都・道・府・県 () 市・区・町・村	転入日	年 月 日		保険者名	国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会		
配偶者	フリガナ			生年月日	年 月 日			住所	※ 申請者と別居の場合のみ記入	
	氏名			個人番号						
				電話(携帯)番号	()					
	1月1日の住所 (1月から9月は前年、 10月から12月は本年)	小平市 ・ 小平市外	※市外の場合のみ記入 () 都・道・府・県 () 市・区・町・村	転入日	年 月 日					

対象 乳 幼 児	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	申請者との 状況	住所(別居の場合のみ記入)	他の医療費助成 〔受給中のものが あれば○で囲む〕
			年 月 日	同居 ・ 別居		
			年 月 日	同居 ・ 別居		1 生活保護 2 ひとり親家庭医療 3 心身障害者医療 4 児童福祉施設等(母子生活支援施設・ 通所施設を除く。)に入所している。
			年 月 日	同居 ・ 別居		

児童 手 当 の 申 請 状 況	受付済	添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 完 備	事 由 日	/	備 考
	受給中		・保険証作成中のため、(父・母)の保険証で代用			
	非該当		・第2子以降で上の児童と同じ保険証を引用			
・公務員 ・その他	<input type="checkbox"/> 不 備 あり	事 由	出生 転入 保護者変更(所・婚・離) その他	受 付		
	<input type="checkbox"/> 保険証(父・母・子) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(父・母) <input type="checkbox"/> 本人確認書類(父・母) <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他					