

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に当たり、所得状況等を公簿等（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。
 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。



令和 年 月 日 申請者氏名 印 配偶者氏名 印

申請者	フリガナ		性別	生年月日	昭・平	年	月	日	加入 保険 の 内 容	記号		
	氏名		男・女	個人番号						番号		
	住所	小平市		電話(携帯)番号	()					被保険者	申請者本人・その他 ()	
	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	配偶者の有無	有・無					保険者番号		
				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		性別	生年月日	昭・平	年	月	日	住 所	※申請者と別居の場合のみ記入		
	氏名		男・女	個人番号								
	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 児	フリガナ 氏名	続柄	性別	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 (支給中のものが あれば○で囲む)			
			男・女	平成 令和	年 月 日	同居 別居	小平市					
			男・女	平成 令和	年 月 日	同居 別居	小平市					
			男・女	平成 令和	年 月 日	同居 別居	小平市			生活保護 ひとり親家庭医療 心身障害者医療		

不備 書類	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 個人番号/所得証明書(本人・配) <input type="checkbox"/> その他 ()	出生 転入 保護者変更 その他
	親・保護者変更(所・婚・離)・再転入・海外 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 代理権確認 <input type="checkbox"/> 確認不能	
備考		受 付
<input type="checkbox"/> 第1子 ⇒ <input type="checkbox"/> 保険証作成中(父・母)の保険 <input type="checkbox"/> 第2子以降 ⇒ <input type="checkbox"/> 保険証は上の児童と同じ(父・母)		

年分所得の合計額		円
控 除	雑・医・小規模	円
	障・特障	円
	寡・特寡・勤	円
	一律	80,000円
控除後の所得額		円
扶養親族等の数		人(うち老人)
審査	都 費 ・ 市 費	