

大磯町小児医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

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。

① 申請者	(ふりがな)			⑦ 加入 保険 の 状況	保険の種類	1.国保 2.組合 3.政管 4.日雇 5.船員 6.共済			
	氏名	⑩			住所	被保険者等氏名	申請者との続柄		
	性別	男 ・ 女			大磯町	被保険者番号			
	生年月日	年 月 日				保険者名	付加給付の有無	有 ・ 無	
	配偶者の有無	有 ・ 無				電話番号			
				保険者の所在地					
② 対象 小児	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計関係	備考	
			年 月 日生	同・別		有・無	同一・維持		
③加入している年金等の年金手帳又は組合証の記号・番号		第 号	譲渡所得の有無	有 ・ 無	児童手当の受給状況	年 月 一般 ・ 特例			
ア 厚生年金 イ 私立学校教職員共済組合 ウ 農林漁業団体職員共済組合	エ 国家公務員等共済組合 オ 地方公務員等共済組合 カ 国民年金	キ その他 ()			生活保護受給 施設入所 障害者医療費給付	有・無 有・無 有・無	ひとり親家庭等医療費給付 里親 町税の滞納	有・無 有・無 有・無	
④被用者又は公務員であるか否かの別	ア 被用者又は公務員 イ 被用者等でない者	⑤所得の状況	年分所得額 円	⑥扶養親族等及び小児の数 うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数		人 人			
小児医療費助成を申請するにあたり、私又は小児を扶養する者の町税課税台帳の閲覧及び収納状況を確認することに同意します。 (署名) 氏 名 印									

※ 町 記 入 欄	年分所得の合計額	控 除						控除後の所得額	助成対象の可否
		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 人・特別障害 人	寡婦・寡夫 勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条 第1項による控除	円	可 ・ 否
		円	円	円	円	円	円	円	
	・住民票 ・所得関係書類 ・養育関係書類	[添付 [添付 [添付	児童手当認定通知書 児童手当認定通知書 児童手当認定通知書	児童手当改定通知書 児童手当改定通知書 児童手当改定通知書	児童手当支払通知書 児童手当支払通知書 児童手当支払通知書	[健康保険証 ・公的年金証書	[提示 [提示	公簿確認 公簿確認	

備考 ※印の欄には、記入しないでください。