

大磯町小児医療費助成事業医療証交付申請書

大磯町長 殿

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業に係る医療証の交付を申請します。

申請理由		出生・転入・他公費喪失（ひとり親医療・障害医療・生保・施設等）				理由発生日	年 月 日					
① 申請者 （養育者）	ふりがな					個人番号						
	氏 名					電話番号	— —					
	生年月日	年	月	日	性 別	男	・	女	配偶者の有無	有	・	無
	住 所											
	前住所地 ※町外の場合に記入	・今年の1月1日の住民登録地			・前年の1月1日の住民登録地			・前々年の1月1日の住民登録地				
② 配偶者	ふりがな					個人番号						
	氏 名					電話番号	— —					
	生年月日	年	月	日	性 別	男	・	女				
	住 所	※申請者と異なる場合に記入										
	前住所地 ※町外の場合に記入	※申請者と異なる場合に記入			・今年の1月1日の住民登録地			・前年の1月1日の住民登録地			・前々年の1月1日の住民登録地	
③ 対象小児	ふりがな					性 別	男	・	女	申請者との続柄		
	氏 名					住 所	※申請者と異なる場合に記入					
	生年月日	年	月	日	監護の有無	有	・	無	生計関係	同一	・	維持
④ 加入対象小児の状況	保険の種類	1.国保 2.組合 3.協会 4.日雇 5.船員 6.共済				⑤ 公費受給状況	生活保護の受給		有 ・ 無			
	被保険者氏名				対象小児との続柄		障害者医療費助成の受給		有 ・ 無			
	被保険者記号番号	(記号)			(番号)		ひとり親家庭等医療費助成の受給		有 ・ 無			
	保険者番号		保険者名				その他の公費負担による医療費助成の受給		有 ・ 無			

同意書

小児医療費助成事業にかかる医療証交付申請及び医療証更新に伴う資格審査のため、申請者及び配偶者に関する情報を公簿により確認することに同意します。

申請者（養育者）

配偶者

【記入上の注意】

①の欄

- ・「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「前住所地」の欄は、該当年月日の住民登録地が大磯町外の場合記入してください。

②の欄

- ・配偶者には、小児を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、申請者と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含みます。
- ・「住所」及び「前住所地」の欄は、申請者と異なる場合記入してください。

③の欄

- ・「対象小児」の欄は、申請者が養育（監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。以下同様です。）する小児について記入してください。
- ・「住所」の欄は、申請者と異なる場合記入してください。
- ・「生計関係」の欄は、次によって記入してください。
ア「同一」は、小児が申請者自身の子である場合で、申請者がその小児と生計を同じくしているときに○で囲んでください。
イ「維持」は小児が申請者自身の子でない場合で、申請者がその小児の生計を維持しているときに○で囲んでください。

④の欄

- ・「対象小児の加入保険の状況」の欄は、該当する保険の種類を○で囲んでください。
- ・「国保」は国民健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「協会」は全国健康保険協会、「日雇」は日雇特例被保険者、「船員」は船員保険、「共済」は国家公務員等共済組合・地方公務員等共済組合・私立学校教職員共済組合の略である。

⑤の欄

- ・「公費受給状況」について、該当の有無を確認のうえ、各項目の該当するほうを○で囲んでください。