

第1号様式（第5条関係）

㊦㊧㊨子どもの医療費助成制度医療証交付申請書

										受付年月日						
申請者	フリガナ				生年月日		年 月 日									
	氏名				個人番号											
	住所		現住所		1月1日現在住所（1月～9月は前年、10月～12月は本年）		電話番号		年 月 日		（ ）より転入					
配偶者	有・無		氏名		個人番号											
助成対象者	フリガナ		氏名		生年月日		続柄		同居・別居の区分		監護の有無		生計関係		事務処理欄	
					年 月 日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳 □子 □青	
					年 月 日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳 □子 □青	
					年 月 日				同居・別居		有・無		同一・維持		□乳 □子 □青	
加入保険	保険の種類		1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済		被保険者氏名		申請者との続柄		本人・本人外		附加給付		有・無			
	被保険者証記号・番号		記号		番号		保険者		番号		名称					
	資格取得年月日（助成対象児童）		年 月 日													
公費負担による医療費助成の受給状況（受給中のものがあれば○で囲んでください。）					生活保護 心身障害者医療費助成 ひとり親家庭等医療費助成											
<p>(宛先) 昭島市長</p> <p>子どもの医療費助成制度の医療証の交付を申請します。</p> <p>この申請及び医療証の更新に関し必要な情報を住民基本台帳、課税台帳等の公簿等により確認することに、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名</p>																
備考																
電算 / 通知 /																
市費・都費																
所得の合計		扶養人数		児童手当法施行令第3条第1項による控除		雑・医・小除		障害者控除		寡・ひ・勤除		控除後の所得				

注 太枠の中のみご記入ください