小児医療費助成事業医療証交付申請書 (新規・更新)

開成町長様

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証交付を申請します。
 交付に関し資格の有無・所得状況を公簿等で確認することに同意します。

転入日	年	月	日
-----	---	---	---

更新の方は を記入し、 ~ は変更がある場合のみ記入して下さい。 申請日 年 月 日

申請者	ふりがな						生年月日	年 月 日 歳			
	氏名	(印)					性別	男・女	配偶者の有無	有・無	
	住所	開成町					電話番号(自宅・携帯・呼出) ()				
小児	ふりがな						生年月日	年 月 日 歳			
	氏名						性別	男・女	続柄		
	同居・別居の別	同・別	監護の有無	有・無	生計関係	同一・維持	別居時の住所	開成町			
加入年金	年金の種類	ア 厚生年金保険 イ 私立学校教職員共済組合 ウ 国家公務員共済組合					エ 地方公務員等共済組合 オ 国民年金 カ その他()		被用者又は公務員であるか		1.被用者又は公務員 2.被用者等でない者
	年金番号等										
加入保険	保険の種類	国保 日雇	組合 船員	政管 共済	被保険者の氏名				続柄		
	保険証記号番号				保険番号				附加付		
	保険者名					保険者所在地					
他制度	児童手当の受給	受給・非受給・申請中				生活保護の受給	受給・非受給・申請中				
	重度障害者医療費助成事業の該当	受給・非受給・申請中				ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	受給・非受給・申請中				

町 確 認 欄	所得合計額	障害者控除額	譲渡所得	有・無			
	年分	円	障害 特障 人 人	円			
	雑損控除額	円	寡婦・寡夫 勤労学生 控除額	円	扶養親族等及び小児数 老人控除対象配偶者及び 老人扶養親族数 (人)		
	医療費控除額	円	児童手当法施行令第3条1項による控除	80,000 円	助成対象の可否		
	小規模企業共済等掛金控除額	円	控除後所得額	円	備考		
医療証有効期間	年 月 日から	受給者番号	(県・町)				
	年 月 日まで	年齢区分	3歳未満	3歳	4歳以上	発行日	年 月 日