

(表)

小児医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

中井町長 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。
 なお、医療証交付決定に関して資格の有無及び所得状況等について公簿で確認することに同意いたします。

① 申請者	ふりがな 氏 名	性別	生年月日	配偶者 の有無	住所			保険の種類			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	電話番号 ()			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済			
② 対象 児童	ふりがな 氏 名	性別	生年月日	続柄	同居・ 別居の別	監 護 の有無	生 計 関 係	他の医療費助成 制度受給状況	被 保 険 者 等 の 氏 名		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 制度名	保 険 証 記 号 ・ 番 号		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 制度名	申 請 者 と の 続 き 柄		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 制度名	保 険 者	名 称	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 制度名		所 在 地	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 制度名		附 加 給 付 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

控 除 後 の 所 得 額	助 成 対 象 の 可 否
円	可 ・ 否

※ 町 記 入 欄	年分 所得の合計額	控					除	
		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 障 害 人 ・ 特 別 障 害 人	老 年 者 ・ 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	円	円	円	円	円	80,000円	
	・住民票 ・所得関係書類 ・養育関係書類	[添付・公簿確認 [添付・公簿確認 [添付・公簿確認	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・公簿確認 [提示・公簿確認	

(裏)

〔記入上の注意〕

- 1 ①の欄
 - (1) 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
 - (2) 配偶者には、児童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つた者を含みます。
- 2 ②の欄
 - (1) 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。)する児童について、記入してください。
 - (2) 「生計関係」の欄は、次によつて記入してください。
 - ア 「同一」は、児童が申請者自身の子である場合で、申請者がその児童と生計を同じくしているときに□にチェックしてください。
 - イ 「維持」は、乳児が申請者自身の子でない場合で、申請者がその児童の生計を維持しているときに□にチェックしてください。
- 3 太枠内の欄について
対象児童の健康保険証の写しを添付することで記入を省略できます。
「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」は国家公務員共済、地方公務員等共済、私立学校教職員共済の略である。
- 4 この申請書に添えていただく書類は次のとおりです。
 - (1) 対象児童の健康保険証
 - (2) 児童のうちに申請者自身の子でない児童がある場合は、父母とその児童との養育関係及び申請者とその児童との養育関係を明かにすることができる書類
 - (3) 申請者が本年(児童の出生した月が1月から6月までは、前年をいいます。)1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、申請者の前年の所得の額と、その所得に係る市町村民税における同一生計配偶者及び扶養親族の有無と数についての市町村長の証明書
- 5 この申請書についてわからないことがありましたら、担当の職員におたずねください。