

子 医療証交付申請書

<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 養育者変更 <input type="checkbox"/> 他( )	市受付印
提出年月日	
年 月 日	受付者:

[管理番号: 住登年月日: 個人番号職権取得: 請 配 ]

(宛先) 小金井市長

申請時及び助成期間中の資格審査のために、小金井市長が私の世帯の状況を公簿で調査すること及び情報システムに記録することに同意し、医療証の交付を申請します。

生活保護受給	有・無
ひとり親医療費助成	有・無
心身障害者医療費助成	有・無

申請者	ふりがな					生年月日	年 月 日
	氏名 (生計中心者)					/	
	申請者個人番号						
住所	住所	小金井市				本年1/1現在の住所:	
	電話 ( )	-				前年1/1現在の住所:	
配偶者等	配偶者の有無	有・無	ふりがな			生年月日	年 月 日
	配偶者の氏名					/	
	配偶者個人番号						
配偶者の住所	同上・( )				本年1/1現在の住所:		
児童	ふりがな	続柄	生年月日	同居・別居の別	※乳	※子	※児童の管理番号・住登年月日
	氏名		年 月 日	同・別			管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別			管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別			管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別			管理番号: 住登年月日:
別居のときの児童の住所							

※印の欄は、記入しないでください。字は楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

※市記入欄 ( 審査欄 )

所得審査	年度	A 総所得	円	雑損控除額・医療費控除額	円	小規模企業共済掛金控除額	円	障害者控除額	円	寡・ひとり親・勤労	円	一律控除	80,000円
		B 控除計	円	円	円	円	円	円	円				
		A-B 控除後所得	円	扶養親族の数 人 (同一生計配偶者 有・無、老人扶養等 人、その他 人)									
	所得制限限度額	円	住民税課税状況		課税 ・ 非課税		発送日		/				
	同配無の場合の配偶者所得	円											
システム入力チェック	医療証印字チェック	医療証有効期間開始日		年 月 日~	<input type="checkbox"/> 申請日 <input type="checkbox"/> 出生日 <input type="checkbox"/> 転入日		住基確認	所得確認					
不足書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 (請・児・配) <input type="checkbox"/> 別居監護申立書 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 年金加入証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
備考													