

## 小児医療費助成事業医療証交付申請書《兼受給者台帳》

湯河原町長様

年 月 日

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、申請にあたり所得状況を公簿等により確認することに同意します。

申請者	ふりがな			性別	男・女	配偶者の有無	有・無
	氏名			生年月日 年 月 日			
	個人番号			電話番号 ( )			
対象児	ふりがな			性別	男・女	申請者との続柄	
	氏名			生年月日 年 月 日			
	同居・別居の別	同・別	別居のとき住所				
加入年金の状況	加入している年金等の年金又は共済組合の種類					※ 記入不要	
	ア 厚生年金	イ 日本私立学校振興共済事業団	ウ 農林漁業団体職員共済組合	エ 国家公務員共済組合	オ 地方公務員等共済組合	カ 国民年金	キ その他 ( )
						1 被用者又は公務員 2 被用者等ではない者	
加入保険の状況	保険の種類	1 国保 2 他国保 3 協会けんぽ 4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員					
	保険証の記号番号			被保険者氏名			申請者との続柄
	保険者名						保険者番号
	保険者の所在地						
他制度	児童手当の受給状況	有・無・申請中		生活保護の受給状況	有・無		
	重度障がい者医療助成事業の該当	有・無		ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有・無		
理由	1 乳児が出生したため 3 その他 ( ) 2 湯河原町に転入したため ( 年 月 日転入)						

※町記入欄	年分所得の合計額	円	障害者控除 普障 人 特障 人	円	扶養人数 (老人扶養親族数)	人 ( )
		円	老年人・寡婦・ひとり親・勤労学生控除	円	所得限度額	児童手当 円
	医療費控除	円	児童手当法施行令第3条第1項による控除	80,000円		特例給付 円
	小規模企業共済等掛金控除	円	控除後の所得金額	円	助成対象の可否	可・否
	医療証有効期間	年 月 日から		医療証受給者番号		
	年 月 日まで		医療証発行年月日		年 月 日	