様式第２号（第６条関係）

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	S　H　年　月　日		
	個人番号					
	住　所	湯河原町			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	H　R　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 ア　厚生年金　　オ　地方公務員等共済組合 イ　日本私立学校振興共済事業団　　カ　国民年金 ウ　農林漁業団体職員共済組合　　キ　その他 エ　国家公務員共済組合　　（　　）	※　記入不要 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					

振込先金融機関	銀行 農協 信金	本・支店	１普通 ２当座	口座番号 フリガナ 口座名義

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（　　人　）
		円	老年者・寡婦・ひとり親・勤労学生控除	円	所得限度額	児童手当　円 特例給付　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		
	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 年　月　日まで		医療証受給者番号		
				医療証発行年月日	年　月　日	