



乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書

|    |       |
|----|-------|
| 審査 | 認定・却下 |
|----|-------|



|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                |                       |                       |                |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----|-----------------|--|--|--|
| <p>小平市長 殿</p> <p>次のとおり乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。</p> <p>なお、申請及び毎年資格更新、医療給付に当たり、対象児童が18歳に達するまでの各年度の申請者及びその配偶者の所得状況等を、市の保有する公簿等により確認することに同意します。</p> <p>また、申請した事項に変化が生じた場合は速やかに届出を行います。</p> <p>※転入等で、所得状況等を市の保有する公簿等により確認できない方がいる場合は、別紙同意書も提出してください。 年 月 日</p> |               |                                       |                |                       |                       |                |                |               |                                                                             | <p>加入保険の内容</p> <p>(保険証または資格確認証等の写しを添付いただいた場合は記入不要です)</p> |    |                 |  |  |  |
| 申請者                                                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ          |                                       | 生 年 月 日        | 年 月 日                 |                       | 記 号            |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | 氏 名           |                                       | 個 人 番 号        | 小平市に在住の場合は記入不要        |                       | 番 号            | (枝番)           |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                |                       |                       |                |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       | 日中連絡の取れやすい電話番号 | 【 父 ・ 母 】 - -         |                       | 認定年月日          | 年 月 日          |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                       |                | 配偶者の有無                | 有 ・ 無                 |                | 被 保 険 者        | 申請者本人・その他 ( ) |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
| 1 月 1 日の住所<br>(1 月から 9 月は前年、<br>1 0 月から 1 2 月は本年)                                                                                                                                                                                                         | 小平市・小平市外      | ※市外の場合のみ記入<br>( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村 |                |                       | 1 月 1 日以降に転入された場合のみ記入 | 転入日            | 年 月 日          |               | 保 険 者 名                                                                     | 国民健康保険<br>健康保険組合<br>共 済 組 合<br>全国健康保険協会                  |    |                 |  |  |  |
| 配偶者                                                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ          |                                       | 生 年 月 日        | 年 月 日                 |                       | 小平市に在住の場合は記入不要 |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | 氏 名           |                                       | 個 人 番 号        | 1 月 1 日以降に転入された場合のみ記入 |                       | 転入日            | 年 月 日          |               |                                                                             |                                                          | 住所 | ※ 申請者と別居の場合のみ記入 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                |                       |                       |                |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
| 対象乳幼児                                                                                                                                                                                                                                                     | 氏 名<br>(フリガナ) |                                       | 続柄             | 生 年 月 日               |                       | 申請者との状況        | 住所 (別居の場合のみ記入) |               | 他の医療費助成<br>(受給中のものがあれば○で囲む)                                                 |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                | 平成・令和                 | 年 月 日                 | 同居・別居          |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                | 平成・令和                 | 年 月 日                 | 同居・別居          |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                | 平成・令和                 | 年 月 日                 | 同居・別居          |                |               |                                                                             |                                                          |    |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                       |                | 平成・令和                 | 年 月 日                 | 同居・別居          |                |               | 1 生活保護<br>2 ひとり親家庭医療<br>3 心身障害者医療<br>4 児童福祉施設等 (母子生活支援施設・通所施設を除く。) に入所している。 |                                                          |    |                 |  |  |  |

|           |                                       |      |                                                                                                                                                                                                         |                                             |     |                                                                                                                                            |  |     |
|-----------|---------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| 児童手当の申請状況 | 受付済<br>受給中<br>非該当<br><br>□公務員<br>□その他 | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 完備                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> マイナポータル画面確認 (健康保険) | 事由日 | /                                                                                                                                          |  | 備 考 |
|           |                                       |      | <input type="checkbox"/> 保険証作成中のため、(父・母)の保険証で代用<br><input type="checkbox"/> 第2子以降で上の児童と同じ保険証を引用                                                                                                         |                                             | 事由  | <input type="checkbox"/> 出 生<br><input type="checkbox"/> 転 入<br><input type="checkbox"/> 保護者変更 (所・婚・離)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |     |
|           |                                       |      | <input type="checkbox"/> 不備あり                                                                                                                                                                           |                                             |     | 受付                                                                                                                                         |  |     |
|           |                                       |      | <input type="checkbox"/> 保険証 ( 父 ・ 母 ・ 子 )<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード ( 父 ・ 母 )<br><input type="checkbox"/> 本人確認書類 ( 父 ・ 母 )<br><input type="checkbox"/> 同意書<br><input type="checkbox"/> その他 |                                             |     |                                                                                                                                            |  |     |