

子ども医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり子ども医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

※ 医療証の受給者番号

保護者	フリガナ			生年月日		年 月 日
	氏名					
	住所					
	今年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村	昨年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村
	一昨年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村	個人番号		
連絡先	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		※配偶者無の場合、以下に○をしてください。 1離婚(離婚日 年 月 日) 2死別 3未婚 4その他()			
配偶者	フリガナ			生年月日		年 月 日
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 保護者住所と同じ				
	今年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村	昨年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村
	一昨年1月1日の住所(課税地)	都道府県	市区町村	個人番号		
対象の子ども	フリガナ			生年月日		年 月 日
	氏名			(歳)		
	住所	伊勢原市 <input type="checkbox"/> 保護者住所と同じ				
	保護者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> その他()		個人番号		
	同居別居の別	同居・別居		生活保護の受給	有・無	
	監護の有無	有・無		重度障害者医療費助成の受給	有・無	
	生計関係	同一・維持		ひとり親家庭等医療費助成の受給	有・無	
備考			未熟児養育医療給付の受給	有・無		
加入保険	保険者番号				被保険者氏名	
	保険者名	1 伊勢原市 2 全国健康保険協会(支部) 3 健康保険組合・共済組合			資格取得年月日	年 月 日
	記号番号	記号	番号		附加給付金の有無	有・無
同意書						
伊勢原市が伊勢原市子ども医療費の助成に関する条例第6条に基づく事務手続を処理するため						
必要となる年度の地方税関係情報その他助成に関する事項について取得することに同意します。						
保護者			署名不要			
配偶者			署名不要			

※市記入欄	申請事由	月 日(出生・転入・切替[親・生・])・その他()				
	年度所得(年分)	円	所得限度額(扶養 人)	円		
	控除額合計	円	控除後所得合計	円		
	雑損控除額	円	医療費控除額	円	小規模企業共済等掛金控除額	円
	障害者控除額	円	障害 人 特別障害 人	寡婦・寡夫・勤労学生	条例施行規則第4条第1項による控除	
		円	円	80,000 円		

- ・不足書類 保険証(子) 委任状【父・母】、マイナンバー【父・母】、戸籍の附票、パスポート
- ・情報連携 要

証発行者	チェック者