

（乳）医療証交付申請書（兼現況届）

東京都羽村市長 宛

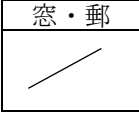
記

※ 太枠の中を記入してください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。  
氏名は、署名又は記名押印してください。

年 月 日申請

|                                     |   |                  |  |                 |         |               |   |
|-------------------------------------|---|------------------|--|-----------------|---------|---------------|---|
| 申請者                                 | フリガナ  |                  |  | 生年月日            | 年 月 日   |               |   |
|                                     | 氏名  |                  |  | 乳幼児との続柄         | 父・母・（ ） |               |   |
|                                     | 個人番号  |                  |  |                 |         |               |   |
|                                     | 住所  | 羽村市              |  | 電話              | （ ）     |               |   |
|                                     | 1月1日現在の住所<br>(1~9月申請は前年1月1日)                    |                  |  | 転入年月日           | 年 月 日   |               |   |
| 配偶者                                 | フリガナ  |                  |  | 住所<br>(別居の場合のみ) |         |               |   |
|                                     | 氏名  |                  |  |                 |         |               |   |
|                                     | 個人番号  |                  |  |                 |         |               |   |
| 乳幼児                                 | フリガナ  | 続柄               | 生年月日   | 同居・別居の別         | 監護の有無   | 住所(別居の場合のみ記入) |   |
|                                     | 氏名  |                  |  |                 |         |               |   |
|                                     |   |                  | 年 月 日  | 同・別             | 有・無     | 受給者番号         | / |
|                                     |   |                  | 年 月 日  | 同・別             | 有・無     | 受給者番号         | / |
|                                     |   |                  | 年 月 日  | 同・別             | 有・無     | 受給者番号         | / |
| 加入保険                                | 1 羽村市国保<br>2 社保(組合・協会・共済)<br>3 都内国保組合<br>4 都外国保 | 該当する場合○をつけてください。 | 1 生活保護を受給している。<br>2 心身障害者・ひとり親医療証の交付を受けている。<br>3 乳幼児が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く)等に入所している。 |                 |         |               |   |
| * 加入保険の2~4に該当する場合は保険証のコピーを添付してください。 |   |                  |  |                 |         |               |   |

上記署名又は記名押印により、制度受給資格期間における申請者等の課税状況・他制度受給状況等の審査に係る情報について調査することを承諾します。

| 市記入欄(審査)  |   |                 |   |   |  |
|---|---|-----------------|---|---|--|
| 年度合計所得金額  | 円   | 扶養親族等の数(老人扶養親族) | 人   | 住民税課税状況   | 課税・非課税   |
| 控除後の所得額   | 円   | 所得制限限度額         | 円   | 控配無の場合の配偶者所得  | 円  |
| 控除  |   |                 |   |   |  |
| 雑損  | 円   | 障害者             | 人   | 特別寡婦  | 円  |
| 医療費   | 円   | 特別障害者           | 人   | 勤労学生  | 円  |
| 小規模企業共済等掛金  | 円   | 寡婦ひとり親          | 円   | 児手施行令による控除  | 円  |
| 添付書類  | <input type="checkbox"/> 課税証明書(申請者) 年度分<br><input type="checkbox"/> 課税証明書(配偶者) 年度分  |                 | <input type="checkbox"/> 保険証(乳幼児)<br><input type="checkbox"/> 住民票 | <input type="checkbox"/> 監護同一申立書<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 審査結果  | 都制度・市制度   | 医療証開始日          | 年 月 日～(出生・転入・その他)   |   |  |
| 備考  | 本人確認<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( ) |                 |   |   | 窓・郵<br> |
| <input type="checkbox"/> 事由発生から15日以内の申請のため、事由発生日から認定 <input type="checkbox"/> 公簿確認済 |   |                 |   |   |  |