

（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。
記名押印に代えて、署名することができます。

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 <small>（1～9月申請は前年1月1日）</small>			転入年月日	年 月 日		
加入年金	1 厚生年金 2 私学共済 3 国家共済 4 地方共済 5 国民年金 6 その他			加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他（ ）		
配偶者氏名			配偶者住所 <small>（別居の場合のみ）</small>				
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	/	
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。 2 心身障害者医療証の交付を受けている。 3 ひとり親医療証の交付を受けている。 4 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。						

上記記名・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。

※乳幼児が加入する保険証の写しを添付

市記入欄（審査）					
年度合計所得金額	円	扶養親族等の数 <small>（老人扶養親族）</small>	人 （ 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	控除無の場合の配偶者所得	円
控 除					
雑 損	円	障 害 者	人 円	特 別 寡 婦	円
医 療 費	円	特別障害者	人 円	勤 労 学 生	円
小規模企業共済等掛金	円	寡 婦（夫）	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 <input type="checkbox"/> 保険証（乳幼児） <input type="checkbox"/> 監護同一申立書 <input type="checkbox"/> 課税証明書（配偶者） 年度分 <input type="checkbox"/> 保険証（配偶者） <input type="checkbox"/> 住民票 <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 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） <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				

記入例

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。
記名押印に代えて、署名することができます。

平成29年11月30日申請

申請者	フリガナ	ミドリガオカ タロウ			生年月日	昭和60年 3月 3日	
	氏名	緑ヶ丘 太郎			乳幼児との続柄	父・母・（ ）	
	個人番号	*****					
	住所	羽村市 緑ヶ丘5-2-1			電話	042 (555) 1111	
	1月1日現在の住所 (1~9月申請は前年1月1日)	東京都立川市1-1			転入年月日	平成29年11月30日	
加入年金	1 厚生年金 2 私学共済 3 国家共済 4 地方共済 5 国民年金 6 その他			加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他（ ）		
配偶者氏名	緑ヶ丘 桜子		配偶者住所 (別居の場合のみ)				
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						
	ミドリガオカ タロウ	子	平成29年3月3日	同・別	有・無	受給者番号	/
	緑ヶ丘 花		年 月 日	同・別	有・無	受給者番号	/
			年 月 日	同・別	有・無	受給者番号	/
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。 2 心身障害者医療証の交付を受けている。 3 ひとり親医療証の交付を受けている。 4 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。						

上記記名・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。

※乳幼児が加入する保険証の写しを添付

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	控除無の場合 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(夫)	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 <input type="checkbox"/> 課税証明書（配偶者） 年度分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 保険証（乳幼児） <input type="checkbox"/> 保険証（配偶者） <input type="checkbox"/> 監護同一申立書 <input type="checkbox"/> 住民票		
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	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） <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				