様式第１号（第８条関係）

| □出生<br>□転入<br>□養育者変更<br>□他（　　） | 市受付印 |
|---|---|
| 提出年月日<br>年<br>月　日 | 受付者： |

# 乳 医療証交付申請書

［管理番号：　　住登年月日：　　］
個人番号職権取得：　□請　□配

（宛先）小金井市長

申請時及び助成期間中の資格審査のために、小金井市長が私の世帯の状況を公簿で調査すること及び情報システムに記録することに同意し、医療証の交付を申請します。

| | |
|---|---|
| 生活保護受給 | 有・無 |
| ひとり親医療費助成 | 有・無 |
| 心身障害者医療費助成 | 有・無 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者 | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 氏　名（生計中心者） | | | |
| | 申請者個人番号 | ←２子以降申請時は不要 | | |
| | 住　所 | 小金井市<br>電話（　　）　－ | 本年1/1現在の住所：<br>前年1/1現在の住所： | |
| 配偶者等 | 配偶者の有無 | 有・無 | ふりがな<br>配偶者の氏名 | 生年月日　年　月　日 |
| | 配偶者個人番号 | ←２子以降申請時は不要 | | |
| | 配偶者の住所 | 同上・（　　）<br>本年1/1現在の住所：<br>前年1/1現在の住所： | | |

| 児童 | ふりがな<br>氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 同居・別居の別 | ※乳 | ※子 | ※児童の管理番号・住登年月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 | 同・別 | | | 管理番号：<br>住登年月日： |
| | | | 年　月　日 | 同・別 | | | 管理番号：<br>住登年月日： |
| | | | 年　月　日 | 同・別 | | | 管理番号：<br>住登年月日： |
| | | | 年　月　日 | 同・別 | | | 管理番号：<br>住登年月日： |
| | 別居のときの児童の住所 | | | | | | |

※印の欄は、記入しないでください。字は楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

## ※　市　記　入　欄　（　審　査　欄　）

| 所得審査 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年度 | A 総所得 | 円 | 雑損控除額・医療費控除額 | 小規模企業共済掛金控除額 | 障害者控除額 障人・特障人 | 寡・ひとり親・勤労 | 一律控除 |
| | B 控除計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 80,000円 |
| | A－B 控除後所得 | 円 | 扶養親族の数　人（同一生計配偶者 有・無 、老人扶養等　人、その他　人） | | | | |
| | 所得制限限度額 | 円 | 住民税課税状況 | 課税　・　非課税 | | | |
| | 同配無の場合の配偶者所得 | 円 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| システム入力チェック | | 医療証印字チェック | | 医療証有効期間開始日 | 年　月　日～ | □ 申請日<br>□ 出生日<br>□ 転入日 | 発送日<br>/ |
| 不足書類 | □健康保険証（請・児・配）　□別居監護申立書　□口座<br>□年金加入証明書<br>□その他（　　） | | | | | | 住基確認<br>所得確認 |
| 備考 | | | | | | | |