

福祉（乳・こ・母）医療費受給者証交付申請書兼台帳

受付印

受給者番号	処 理 欄			交 付 決 裁			
	(台帳)	(入力)	(所得区分)	(課長)	(総括係長)	(係)	
ふりがな				性別	※太字の枠内のみ、記入ください。		
(乳・こ・母) 受給者氏名				男・女	住所	稲美町	
生年月日	S・H・R	年	月	日	TEL()	—	
個人番号							
世帯状況	保護者又は配偶者				受給者との続柄	※転入により所得を確認できない場合は、住民税の所得課税証明書が必要となります。 ただし、裏面の同意書を記入することで省略が可能です。	
	個人番号						
	保護者又は扶養義務者				受給者との続柄		
	個人番号						
母子等の場合 ※申請には、現況を確認する状況確認書や戸籍等の提出が必要です。							
他公費優先	助成対象児童の氏名			生年月日		母子等の場合の(児童)受給者番号	
有	乳・こ				H・R	年 月 日	
		個人番号					
有	乳・こ				H・R	年 月 日	
		個人番号					
有	乳・こ				H・R	年 月 日	
		個人番号					
加入医療保険	被保険者名又は組合員名				受給者との続柄	所得状況確認	
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				年度	制限内・制限超過
	保険種別	社保	国保	国組	記号	番号	判定基準所得 円
	資格取得日(認定)年月日	(生年月日と同一の場合は不要) ※受給者が保険に加入した日			昭和 平成 令和	年 月 日	判定所得割額 円
	保険者名 保険者番号						年度
<p>上記の(乳・こ・母)医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p>なお、資格認定審査について貴町が世帯状況や所得状況を調査することを承諾します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 <input type="checkbox"/>受給者と同じ</p> <p>_____</p> <p>氏名 _____</p> <p>_____</p> <p>受給者との続柄 ()</p> <p>稲美町長 様</p>						<p>判定基準所得 円</p> <p>判定所得割額 円</p> <p>資格認定日 . .</p> <p>交付区分 種類 <input type="checkbox"/>証 <input type="checkbox"/>認定通知書</p> <p>日付 . .</p> <p>有効期限 自 . .</p> <p>至 . .</p> <p>資格発生事由</p> <p>1.年齢到達(出生)</p> <p>2.転入により 令和 年 月 日</p> <p>3.保険取得 令和 年 月 日</p> <p>4.その他 令和 年 月 日</p> <p>()</p> <p>添付書類</p> <p><input type="checkbox"/>加入健康保険証 ※稲美町国保は不要</p> <p><input type="checkbox"/>所得課税証明書 ※裏面同意書により省略可</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>	

※受給者と住所が異なる場合は、住所、氏名、生年月日などをこちらに記入してください

① 保護者又は配偶者

ふりがな		性別	住所等	□前頁、加入医療保険に同じ TEL() -
氏名	□前頁、世帯状況①保護者又は扶養義務者に同じ	男・女		
生年月日	S・H・R	年 月 日		

② 保護者又は扶養義務者

ふりがな		性別	住所等	□前頁、加入医療保険に同じ TEL() -
氏名	□前頁、世帯状況②保護者又は扶養義務者に同じ	男・女		
生年月日	S・H・R	年 月 日		

住所が異なる理由

<input type="checkbox"/> 就労のため	<input type="checkbox"/> 就学のため
<input type="checkbox"/> その他 理由:	

稲美町長様

年 月 日

地方税関係情報の取得等に関する同意書

下記の者は、稲美町のこども課が
(該当する項目の□にチェックをしてください)
□稲美町こども医療費助成条例第4条 (乳幼児等・こども)
□稲美町母子家庭等福祉医療費助成条例第5条(母子家庭等)
に基づく事務手続を処理するために限って 令和 年度の地方税関係情報等について取得することに同意します。

同意者(父)	ふりがな		続柄
	氏名		父
	生年月日	S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村
同意者(母)	ふりがな		続柄
	氏名		母
	生年月日	S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村
同意者(他)	ふりがな		続柄
	氏名		
	生年月日	S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村

記載要領

- 1 乳幼児等(こども)医療費助成制度の場合は、保護者等の同意が必要になります。また、母子家庭等医療費助成制度の場合は、母・父・養育者のいずれかの者、扶養義務者の同意が必要です。
- 2 同意する人が自ら署名を行ってください。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 4 同意が必要な人の数が書名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。