

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		等	TEL() -		
世帯状況	1	保護者又は配偶者	受給者との続柄		※転入等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になります。		
	2	保護者又は扶養義務者	受給者との続柄				
※受給者と住所が異なる場合は、住所、氏名、生年月日などを裏面に記入してください							
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			
有	乳・こ			H・R 年 月 日			
有	乳・こ			H・R 年 月 日			
有	乳・こ			H・R 年 月 日			
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・国・国保・保・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 制限内・制限超過	
						判定基準所得 円	
						判定所得割額 円	
						資格認定日 . .	
						交付区分 種類 <input type="checkbox"/> 証・ <input type="checkbox"/> 認定通知書	
						日付 . .	
						有効期限 自 . .	
						至 . .	
						資格発生事由	
						1.年齢到達(出生)	
						2.転入により 令和 年 月 日	
						3.保険取得 令和 年 月 日	
						4.その他 令和 年 月 日	
						()	
						添付書類	
						<input type="checkbox"/> 加入健康保険証 ※稲美町国保は不要	
						<input type="checkbox"/> 所得課税証明書 ※転入等必須	
						<input type="checkbox"/> その他()	
<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>_____ 受給者との続柄</p> <p>氏名 ()</p> <p>稲美町長 様</p>							

① 保護者又は配偶者

ふりがな			性別	住所等	<input type="checkbox"/> 前頁、加入医療保険に同じ TEL() —
氏名	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 前頁、加入医療保険に同じ TEL() —
氏名	<input type="checkbox"/> 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:
--