

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

長万部町長 様

①～⑥のみ記入してください。(※欄は記入しないでください)

① 申請年月日		令和 年 月 日		② 申請事由		1 転入(年 月 日) 2 出生		3 所得制限解除 4 その他 5 更新	
③ 乳 幼 児 等	※医療証番号	ふ り が な 氏 名		生 年 月 日		性 別		備 考	
				年 月 日		男・女			
				年 月 日		男・女			
				年 月 日		男・女			
④ 保 護 者	ふ り が な 保 護 者 名			乳幼児との続柄		父・母・祖父・祖母・その他()			
	住 所	長万部町字				電話			
	勤 務 先					電話			
	勤務先住所								
	加入年金	1 国民年金または未加入 2 厚生年金または共済年金							
⑤ 保 険 証	種 類	1 国保 2 国保組合 3 健保組合 4 協会健保 5 共済 6 その他 (保険証の写しを添付)							
	被 保 険 者	(続柄)				付加給付 有・無			
	保険者名称			給 付 割 合		入院 割・入院外 割			
	記 号 番 号			保 険 者 番 号					
⑥ 同意申請事項		所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に同意し乳幼児等医療費受給資格を申請します。							㊟
		保護者名							
※ 所得状況		年分		円		前年の所得(1～9月までは前々年分)			
※ 処 理 欄	課 長	参 事	係 長	係	年 月 日	令和 年 月 日			
	審 査 結 果	該当(課税・非課税) 該当外 1 所得オーバー 2 その他()							
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者の認定をする。 2 上記申請を却下する。 却下理由()							受 付	
	資 格 認 定 期 間		受給者証交付		受給者台帳整理		児 童 手 当		
	令和 年 月 日より		未・済		未・済		新 規・申 請 済		
令和 年 月 日まで		令和 年 月 日		令和 年 月 日		公 務 員・非 該 当			