

# 記 載 例

別記第1号様式(第3条関係)

## 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)

お子さんの氏名、生年月日を  
記入願います。

保護者の方の情報を  
記入願います。

お子様の保険証のコピーをとり  
ますので記入はいりません。

保護者の方の署名・押印  
願います。

|                                                     |                                                                |                                                  |                                           |                  |          |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|----------|
| 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<br>3 所得制限解除 4 その他 (5)更新 |                  |          |
| ③<br>乳<br>幼<br>児<br>等                               | ※医療証番号                                                         | ふりがな<br>氏 名                                      | 生 年 月 日                                   | 性 別              | 備 考      |
|                                                     |                                                                | おしゃまんべ たろう<br>長 万 部 太 郎                          | 年 月 日                                     | 男・女              |          |
|                                                     |                                                                | おしゃまんべ はなこ<br>長 万 部 花 子                          | 年 月 日                                     | 男・女              |          |
|                                                     |                                                                |                                                  | 年 月 日                                     | 男・女              |          |
| ④<br>保<br>護<br>者                                    | ふりがな<br>保護者名                                                   | おしゃまんべ いちろう<br>長 万 部 一 郎                         | 乳幼児との続柄                                   | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |          |
|                                                     | 住 所                                                            | 長万部町字長万部××-×                                     |                                           | 電 話              | △-△△△△   |
|                                                     | 勤 務 先                                                          | 〇〇商事(株)                                          |                                           | 電 話              | ◇-◇◇◇◇   |
|                                                     | 勤務先住所                                                          | ▽▽町××-×                                          |                                           |                  |          |
|                                                     | 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<br>保<br>険<br>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。     |                                           |                  | 印        |
| ※ 所得状況                                              |                                                                | 年分 円 前年の所得(1～9月までは前々年分)                          |                                           |                  |          |
| ※<br>課<br>長<br>参<br>事<br>係<br>長<br>係<br>年<br>月<br>日 | 課 長                                                            | 参 事                                              | 係 長                                       | 係                | 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。<br>2 上記申請を却下する。<br>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          |          |