

第1号様式（第3条、第6条関係）

㊦ ㊧ 乳幼児医療費受給資格証 交付(更新)申請書

対 象 者	フリガナ 氏名	男 女	住居地(住所)
	生年月日		個人番号
①乳幼児を主として 養育している者	氏名		住所
	乳幼児との続柄		個人番号

		①乳幼児を主として養育している者の所得状況		
② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		人(人)		
③ 所 得 額		円		
④ 控 除	雑 損	円		
	医 療 費	円		
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円		
	障 害 者 控 除	障 人	※	円
		特障 人	※	円
	寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別 寡 特 ・ 勤		※	円
児童手当法施行令第3条第1項による控除	※		円	
※ 控 除 後 の 所 得 額		円		

加 入 医 療 保 険	被保険者	氏 名	乳幼児との 続 柄	住 所
		個人番号		
	⑤ 保 険 種 別	国(市町村・退・組) 健(協・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証の 記 号 番 号
保 険 者 番 号 及 び 名 称				

⑥ 交 付 申 請 事 由	1 出生したため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため	4 その他() (交付事由発生年月日) 年 月 日	
※ 審 査	認 定	本 則 ・ 特 例	却 下
乳幼児医療費受給資格証の交付(更新)にあたり、本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用することに同意し、上記のとおり乳幼児医療費受給資格証の交付を申請いたします。			
年 月 日			
香芝市長 様		申請者 住所	
		氏名	㊦
		電話	

(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は、楷書ではっきり書いてください。

第5号様式（第5条関係）

乳幼児医療費助成金支給申請書

受給者番号							
(フリガナ) 氏名			男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生		
住 所	(〒)		(電話番号)				
香芝市長 様 上記のとおり、本医療費助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 ㊟							

(委任状) 私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 乳幼児医療費助成金の受領に関すること。 申請者の住所、氏名 ㊟ 代理人の住所、氏名 ㊟							
口座 振替 依頼欄	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所		
	金融機関 コード				店 舗 コード		
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号				
	口座名義人	(フリガナ)					

同意書

乳幼児医療費助成金の支給申請に当たり、以下のことを確認し、同意します。

- ・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合に係る以下の内容。
 - 1 被保険者証及び本医療費受給資格証について、医療機関等が写しを徴すること。
 - 2 当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴すること。
 - 3 上記について、医療機関等が市長に提出すること。
- ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
- ・その他、事務上、市長が必要と認めること。

香芝市長 様

年 月 日 申請者 住 所

氏 名 ㊟

電話番号