第1号様式（第5・第9条関係）

乳幼児
義務教育就学児
高校生等

医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

乳 子 青

※ 申請日	※ 入力年月日
令和　・　・	令和　・　・

下記のとおり、医療証の交付を申請します。

※は、市記入欄

①申請者

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名		個人番号	
		配偶者の有無	有　・　無
住所	〒　－　携帯電話等　－　－ 清瀬市		
令和 4年1月1日時点の住所	□ 現住所 又は 清瀬市内　□ 清瀬市外	都・道 府・県	市・区 町・村
令和 5年1月1日時点の住所	□ 現住所 又は 清瀬市内　□ 清瀬市外	都・道 府・県	市・区 町・村

④ 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓

◎その他は、乳幼児・児童・高校生等の保険証の写しを裏面へ添付

◎出生の場合は、**乳幼児が加入する医療保険の被保険者証の写し**を添付してください。

清瀬市国保世帯主氏名	1 申請者本人	年　月　日取得	
	2 本人以外	申請者との続柄	
記号　番号	記号 44 －　番号		

②配偶者

フリガナ		生年月日	年　月　日	同居・別居	住所（別居の場合）
氏名	下記同意欄の内容について同意します。	個人番号			令和5年1月1日時点（申請者と異なる場合に記入）

③助成対象 乳幼児・児童・高校生等

氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居（別居の住所）	障害有・無（手帳の等級）
		年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	有・無　手帳　度（級）／□ 手帳交付なし
		年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	有・無　手帳　度（級）／□ 手帳交付なし
		年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	有・無　手帳　度（級）／□ 手帳交付なし
		年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	有・無　手帳　度（級）／□ 手帳交付なし

※市記入欄

宛名番号	
審査結果	認定　・　却下
助成資格取得日	令和　年　月　日
発送年月日	令和　年　月　日
新規　・　増人	

⑤ 医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他受給資格に関わる情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により確認することについて同意します。また、申請した事項について変化が生じた場合は速やかに届出を行います。

記入年月日

年　月　日　申請者氏名

※ 不足書類

医療保険証の写し
（□ 乳幼児加入保険　□ 乳幼児・児童・高校生等 ）
□ 監護事実の同意書
□ その他 （　　）

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。字は楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
◎ この届けに関して証明すべき事実を公簿等により確認できない場合は、現況及び確認書類の提出をお願いします。
◎ 障害の有無、及び手帳の等級は、児童育成手当（障害手当）に該当するかを確認するためのものです。
◎ 申請者と乳幼児・児童・高校生等が別居している場合は、別途、書類が必要になります。
◎ 申請書が市役所に届いた日が申請日です。申請日によって資格取得日が異なります。

※所得審査	令和　年分 所得額の合計	雑損・医療費控除・小規模共済控除額	障・特障・勤労・寡婦・ひとり親	一律控除	控除後所得額 / 扶養親族数 ／ 所得制限限度額		個人番号確認	
	円	円	円	80,000 円	円	人 円	身元確認	

□ 生活保護の受給
□ 心身障害者医療費助成
□ ひとり親家庭等医療費助成

備考