

令和3年10月1日制度改正 専用申請書  
太枠内に記入・貼付してください(押印不要)

子 医療証交付申請書

[管理番号: 住登年月日: ]  
(宛先) 小金井市長

受付者:

申請時及び助成期間中の資格審査のために、小金井市長が私の世帯の状況を公簿で調査すること及び電子計算組織に記録することに同意し、医療証の交付を申請します。

生活保護 有・無	ひとり親医療 有・無	心身障害者医療 有・無
-------------	---------------	----------------

申請者※	ふりがな				性別	生年月日	年 月 日	
	氏名 (生計中心者※)				男・女	電話	( ) -	
	住所	小金井市	R3.1.1の住所 が左記と異なる 場合					
配偶者等	配偶者の有無	有・無	配偶者の氏名		生年月日	年 月 日		
	配偶者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と違う→( ) R3.1.1住所が現在と異なる場合→( )			電話	( ) -		
児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	児童の管理番号・住登年月日			
			年 月 日	同・別				管理番号:
			年 月 日	同・別	← 小4~小6のみ	管理番号:	住登年月日:	
	別居のときの児童の住所				← 小4~小6のみ			

※印の申請者(生計中心者)は、児童手当の受給者(口座名義人)と同一人に限ります。異なる場合は、公簿で確認の上、修正させていただきます。

子どもの 保険証 貼付欄	<p>小学4～6年生の健康保険証 (表面のみで可)をこの部分に のり付けしてください</p> <p>小4-小6のうち1人目</p>	<p>小学4～6年生の健康保険証 (表面のみで可)をこの部分に のり付けしてください</p> <p>小4-小6のうち2人目</p>
--------------------	---	---

所得 審査	令和3年度	A 総所得	円	雑損控除額・ 医療費控除額	小規模企業共済 掛金控除額	障害者控除額 障 人・特障 人	寡・ひとり親・勤労	一律控除
		B 控除計	円	円	円	円	円	80,000円
		A-B 控除後所得	円	扶養親族の数 人 (同一生計配偶者 有・無、老人扶養等 人、その他 人)				
		所得制限限度額	円	住民税課税状況		課税・非課税		
	同配無の場合の配偶者所得	円						
	システム入力 チェック	医療証印字 チェック	医療証有効期間開始日		令和3年10月1日～		<input type="checkbox"/> 申請日 <input type="checkbox"/> 出生日 <input type="checkbox"/> 転入日	
不足	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )							発送日 /
備考								住基確認 所得確認