

茅ヶ崎市医療証交付申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

下記のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

また、申請にあたりこの事業に必要な市で保管する住民記録情報、税情報、個人番号、その他受給可否等に必要な情報について、申請者及び生計を同じくする者について公簿等により職員が確認することに同意します。

(両親の内、 申請者 所得の高い方)	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	住所	〒		
	電話番号		個人番号	
配 偶 者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	住所	申請者と同居・別居 〒		
	電話番号		個人番号	
受 給 者 お 子 様	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	平・令	年	月 日
	住所	申請者と同居・別居 配偶者と同居・別居 〒		
	続柄		個人番号	
健 康 保 険 証 の 内 容	(フリガナ) 被保険者等 氏名			
	記号・番号	記号	番号	
	加入年月日	平・令	年	月 日
	保険者名称		保険者番号	
申請事由	所得制限・一部負担金の撤廃			

※太枠内をご記入ください。

- ①申請者欄には父・母の内所得の高い方をご記入ください。また、父・母が小児を監護していない場合は小児を養育している人をご記入ください。
- ②健康保険証はお子様の内容をご記入ください。

市記入欄	資格取得日	年	月	日	受給者番号	却下
所得	年度	扶養人数		人 (内、老人扶養 人)		
控除額	80,000 (一律) 医療	小規模		雑損		
	障・特障	(本・家) 寡・特寡		勤労		

同意書

次の者は、茅ヶ崎市小児医療費助成事業の申請にあたり、この事業の事務手続きを処理するために、必要な年度の地方税関係情報について職員が取得することに同意します。

(両親の内、同意者 所得申請者 高収入の方)	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	①令和5年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外の場合記入		都道府県	市区町村
	②令和4年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外の場合記入	<input type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村
同意者 配偶者	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	①令和5年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外の場合記入	<input type="checkbox"/> ①と同じ場合はチェック	都道府県	市区町村
	②令和4年1月1日の住所 ※茅ヶ崎市以外の場合記入		都道府県	市区町村

※同意する者が自ら署名を行うこと。