

記入例

小児医療費助成事業 医療証交付申請書

(提出先)

平塚市長

令和 ○年○月○日

申請者	フリガナ ヒラツカ シロウ	配偶者	フリガナ ヒラツカ ハナコ
	氏名 平塚 市郎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名 平塚 花子
	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59年 1月 1日		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60年 10月 10日
	個人番号 123456789123		個人番号 987654321987
住所	電話 090-1111-1111 <input checked="" type="checkbox"/> 父・母	事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入(R○/○/○) <input type="checkbox"/> 8 喪失(R / /) <input type="checkbox"/> その他 ()
	平塚市浅間町1-9 ハイッ湘南202号		
1月1日現在の市区町村名	現年1月1日現在の市区町村名	前年1月1日現在の市区町村名	前々年 現在の市区町村名
申請者	同上		
配偶者	申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/>		
対象小児	フリガナ ヒラツカ カイト	平成 令和 ○年 ○月 ○日生	監護の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名 平塚 海斗	申請者 との続柄 子	生計関係 <input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 維持
	申請者と <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所(別居の場合) 平塚市	電話 - -
小児の 加入医療 保険の 状況	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他	被保険者等氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり
	被保険者証 取得日R . .	保険者番号	保険者確認時の担当者名:
	記号 番号		受付
小児の 公費負 担医療 の状況	生活保護の受給状況	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	受給者番号
	重度障害者医療費給付事業の該当	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	子処理コード
	ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	申請者処理コード 配偶者処理コード
	養育医療給付事業の該当(出生体重2000g以下)	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	備考
	その他の公費負担医療に該当	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
所得 の 状況	年分 扶養人数 人 総所得額	円	差引所得額 円
	年分 扶養人数 人 総所得額	円	差引所得額 円

申請事由にチェックをしてください。
転入の場合は転入日を記入。小児医療費助成のために
市が個人情報取得する事
についての同意書です。
申請者・配偶者それぞれ
「自署」をお願いします。
※代筆は不可です。

令和 ○年○月○日

(提出
小児)

を公簿等により確認することに同意します。

申請者 **平塚 市郎**配偶者 **平塚 花子**

小児医療費助成事業 医療証交付申請書

(提出先)

令和 年 月 日

平塚市長

申請者	フリガナ		配偶者 有・無	フリガナ			
	氏名			氏名			
	生年月日 昭和・平成 年 月 日			生年月日 昭和・平成 年 月 日			
	個人番号		個人番号				
	住所	電話 — — (父・母)		事由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入(R / /) <input type="checkbox"/> 85喪失(R / /) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	1月1日現在の市区町村名	現年1月1日現在の市区町村名	前年1月1日現在の市区町村名	前々年1月1日現在の市区町村名			
申請者	同上						
配偶者	申請者と同じ						
対象小児	フリガナ		平成 令和 年 月 日生		監護の有無 有・無		
	氏名		申請者との続柄		生計関係 同一・維持		
	申請者と同居・別居	住所(別居の場合) 平塚市		電話 — —			
小児の加入医療保険の状況	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他						
	被保険者等氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 別添のとおり			
	被保険者証 取得日R . .	記号	番号	保険者番号	保険者確認時の担当者名: 受付		
小児の公費負担医療の状況	生活保護の受給状況		有・無		受給者番号		
	重度障害者医療費給付事業の該当		有・無		子処理コード		
	ひとり親家庭等医療費助成事業の該当		有・無		申請者処理コード 配偶者処理コード		
	養育医療給付事業の該当(出生体重200g以下)		有・無		備考		
	その他の公費負担医療に該当		有・無				
所得の状況	年分	扶養人数	人	総所得額	円	差引所得額	円
	年分	扶養人数	人	総所得額	円	差引所得額	円

同意書

令和 年 月 日

(提出先) 平塚市長

小児医療証交付申請に伴い、私に関する情報を公簿等により確認することに同意します。

申請者

配偶者