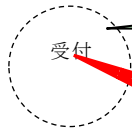


受付印を押印しますので、添付書類が不足していても必ずこの申請書を
 こども家庭課(本館2階)窓口へご提出ください。(郵送可)



乳幼児等医療費受給資格申請書

受付	本月	八本松
	黒瀬	福富

記入例

転入、出生から14日以内の申請であれば、転入、出生日にさ
 かのほり有効期間が始まります。(不足書類により書類を返
 却した際には、受付印の日付から2か月以内)
 14日を過ぎると特別な事情がない限り、申請日から有効期間
 が始まります。
 ※有効期間外の医療費には、この制度が適用されません。

該当する項目の□欄を■に
 塗りつぶしてください。

東広島市長様 次のとおり、東広島市 更新に関して、私及び私 (1) 市民税課税台帳その (2) 東広島市長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認すること。		資 格 日 申 請 日 年 月 日		申請事由 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 歳到達		新規 更新	
申請者 (生計中心者) 氏名 (フリガナ) ひがしひろ しまたろう 東広 島太郎 個人番号 住所 〒739-0042 東広島市 西条栄町8-29 (本年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (広島 都道府県 広島 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (一昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外		氏名 (フリガナ) ひがしひろ しまこ 東広 島子 個人番号 住所 ※申請者と異なる場合のみ記入 〒 東広島市 (本年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (昨年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (一昨年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外		生年月日 平成 62年11月11日 電話 (090) 9999-9999		生年月日 平成 1年2月22日 電話 (080) 8888-8888	
配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		氏名 (フリガナ) ひがしひろ しまみ 東広 島未 個人番号 住所 ※申請者と異なる場合のみ記入 〒 東広島市 (本年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (昨年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 (一昨年1月1日現在の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外		生年月日 令和 3年4月1日		例) 令和4.1.1~令和4.12.31に お手続きをされる場合 ・本年 : 令和4年 ・昨年 : 令和3年 ・一昨年 : 令和2年	
対象乳幼児等 氏名 (フリガナ) ひがしひろ しまみ 東広 島未 個人番号 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居		氏名 (フリガナ) ひがしひろ しまみ 東広 島未 個人番号 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居		生年月日 令和 3年4月1日		お子様一人につき1枚申請書 をご記入ください。	
対象乳幼児等 加入 保険 資格取得年月日(認定年月日) 令和 3年4月1日 被保険者氏名(申請者と異なる場合のみ記入してください。) 【対象乳幼児等との続柄】 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		保険者番号(右づめ) 0 0 3 4 0 5 8 8 記号 広58 番号 000000 (枝番) 01		児童手当 <input checked="" type="checkbox"/> 東広島市 <input type="checkbox"/> 他市区町村 <input type="checkbox"/> 公務員(職場) 児童手当 受給者 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		証有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 交付・却下年月日	
注 該当する項目の□欄を■に塗りつぶす		担 当 課 入 欄 保 険 種 別 所 得 判 定 年 度 合 計 所 得 額 扶養親族等の数(うち同一生計 配偶者(70歳以上の者に限る。 及び老人扶養親族の合計数) 控 除 後 の 所 得 額 審 査 結 果		原則、児童手当の申請者と乳幼児医療費受給資格申請者は同一となり ます。 生計中心者の保護者(原則父または母)について、次の①~⑤の状 況で判断します。 ①収入が恒常的に高い人 ②子どもの家族給(扶養手当)が支払われている人 ③子どもを所得税等の扶養親族にしている人 ④子どもを健康保険の扶養者にしている人 ⑤世帯主になっているか		必要書類 <input type="checkbox"/> 対象乳幼児等の保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	