



乳幼児等医療費受給資格申請書

※太枠内のみ記入してください。

| | | | | | |
|----|----|-----|----|----|-----|
| 受付 | 本庁 | 八本松 | 高屋 | 志和 | 安芸津 |
| | 黒瀬 | 福富 | 豊栄 | 河内 | |

東広島市長様
 次のとおり、東広島市乳幼児等医療費支給条例の規定による受給資格の認定を申請します。なお、受給資格の認定・更新に関して、私及び私の配偶者は、次の事項に同意します。
 (1) 市民税課税台帳その他の公簿により所得額その他の審査項目に係る確認を行うこと。
 (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 申請日 | 令和 年 月 日 | | | 申請事由 | 新規 | | | | | 更新 | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------|------|--|------------------------------|--|--|-------------|----|--|
| | <input 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 | <input type="checkbox"/> () 歳到達 | | | | |
| 申請者 (生計中心者) | 氏名 | | | | | | | | 生年月日 | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | 昭和 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | 平成 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | | | | | | 電話 | | |
| | 〒 東広島市 | | | | | | | | () - | | |
| | (本年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 氏名 | | | | | | | | 生年月日 | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | 昭和 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | 平成 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | | | | | | 電話 | | |
| | 〒 東広島市 | | | | | | | | () - | | |
| | (本年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 市外 (<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外 | | | | | | | | | | | |
| 対象 乳幼児等 | 氏名 | | | | | | | | 生年月日 | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | 平成 令和 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | | | | | | 電話 | | |
| <input type="checkbox"/> 申請者と同居 <input type="checkbox"/> 申請者と別居しており、配偶者と同居 <input type="checkbox"/> その他 (東広島市) | | | | | | | | | | | |
| 対象乳幼児 等の加入 保険 | 保険者番号 (右づめ) | | | | 記号 | | 番号 | | (枝番) | | |
| | 資格取得年月日 (認定年月日) | | | | 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。) | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | 【対象乳幼児等との続柄】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 児童手当 | <input 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 type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 証有効期間 | | | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | 交付・却下年月日 令和 年 月 日 | | | | |

注 該当する項目の□欄を■に塗りつぶしてください。

| | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|---------|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 担当課 記入欄 | 保 険 種 別 | <input type="checkbox"/> 厚 生 年 金 <input type="checkbox"/> 国 民 年 金 等 | 受給者番号 | | | | | | | |
| | 所 得 判 定 年 度 | 年度 | 区 分 | 就学前・就学後 (入院のみ) | | | | | | |
| | 合 計 所 得 額 | 円 | 証 手 交 日 | 令和 年 月 日 (郵送・手交) | | | | | | |
| | 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) | 配偶者控除 有・無 合計 人 (人) | そ の 他 | | | | | | | |
| | 控 除 後 の 所 得 額 | 円 | | | | | | | | |
| 審 査 結 果 | 認定・却下 | | | | | | | | | |
| 必 要 書 類 | <input type="checkbox"/> 対象乳幼児等の保険証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |