

小児医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次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。

※ 医療証の受給者番号

養育者 氏名 住所 生年月日 配偶者 氏名 住所 生年月日 対象小児 氏名 住所 生年月日 養育者との続柄 同居別居の別 監護の有無 生計関係 生活保護の受給 重度障害者医療費助成の受給 ひとり親家庭等医療費助成の受給 未熟児養育医療給付の受給 備考 加入保険 保険者番号 被保険者氏名 資格取得年月日 記号番号 同 意 書 伊勢原市が伊勢原市小児医療費の助成に関する条例第6条に基づく事務手続を処理するため必要となる年度の地方税関係情報その他助成に関する事項について取得することに同意します。

※市記入欄 申請事由 年度所得(年分) 控除額合計 雑損控除額 医療費控除額 小規模企業共済等掛金控除額 障害者控除額 寡婦・寡夫・勤労学生 80,000

- ・不足書類 保険証(子) 委任状【父・母】、マイナンバー【父・母】、戸籍の附票、パスポート
・情報連携 要 / 済: 年 月 日

証発行者 チェック者