

記入例

小児医療費助成資格取得申請書

申請書は、お子様1名につき1枚です。

(宛先)

秦野市長

次のとおり、小児医療証の交付を申請します。

申請者は、親等のうち、所得の高い方です。

		申請年月日 R5・10・2		
		受付年月日 . .		
申請者	ふりがな	はだの たろう	生年月日	
	氏名	秦野 太郎	S 61・5・5	
	住所	秦野市 桜町1-3-2	マイナンバーの事です。 マイナンバーカードか通知カードに記載されている番号をご記入ください。	
	電話	(8 2 5 1 1 1		
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
配偶者	ふりがな	はだの はなこ	生年月日	
	氏名	秦野 花子	S 55・10・23	
	住所	秦野市 同上		
	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
対象児	ふりがな	はだの じろう	生年月日	
	氏名	秦野 次郎	R 1・5・16	
	住所	秦野市 同上	お子様を養育している場合は、有に○をつけてください。	
	続柄	同居別居の別	養護	生計関係
	子	同・別	有 無	同一・維持
加入保険	<p>保険証添付 出生の場合：お子様の保険証又は加入予定の保険証（例：お父様保険に加入の場合はお父様本人の保険証） 転入の場合：お子様の保険証</p>			申請者が加入している年金
				① 厚生年金保険 ② 私立学校教職員共済 ③ 国家公務員共済組合 ④ 地方公務員等共済組合 ⑤ 国民年金 ⑥ その他（未加入等）
				① 厚生年金保険 ② 私立学校教職員共済 ③ 国家公務員共済組合 ④ 地方公務員等共済組合 ⑤ 国民年金 ⑥ その他（未加入等）
		転入の場合のみ、ご記入ください。		
		自分の子で生計が同じときは「同一」に○を、自分の子ではなく生計が同じときは、「維持」に○をつけてください。		
		生活保護の受給状況		
		有 . 無		
		重度障害者医療費給付事業の該当		
		有 . 無		
		ひとり親家庭等医療費助成事業の該当		
		有 . 無		
		これらの助成を受けていなければ「無」に○をしてください。		

記入例

同意書

小児医療費助成資格取得申請に当たり、秦野市が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第8号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会することについて同意します。

同意者 申請者	住所	秦野市	桜町1-3-2
	住所	R3・R4・R5年 の1月1日現在	伊勢原市田中348
	R2・R3・R4年分の確定申告	している	・ していない
	R2・R3・R4年分の市県民税申告	している	・ していない
	フリガナ	ハダノ タロ	<ul style="list-style-type: none"> ・確定申告をされた方 : 確定申告の「している」に○ ・市県民税の申告をされた方: 市県民税申告の「している」に○ ・年末調整をされた方 : 両方の「している」に○
	氏名	秦野 太郎	
	申請者との続柄	本人	
	生年月日		S 61.5.5
同意者 配偶者	住所		
	住所	年の 1月1日現在	
	年分の確定申告	している	・ していない
	年分の市県民税申告	している	・ していない
	フリガナ		
	氏名		
	申請者との続柄		
	生年月日		