

乳幼児等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

壮警町長 様

住 所  
申請者 氏 名  
連絡先

次のとおり乳幼児等医療費受給者証の交付を受けたいので申請します。  
なお、受給に係る所得情報及び住民税情報の公簿による確認を承諾します。

※ 受給者番号									
対 象 者	ふりがな			性 別	生 年 月 日				
	氏 名						歳		
	住 所								
	主たる生計維持者			続柄		扶養人数	人		
加入保険	保険者名称			保険者種別					
	保険者証記号			番 号					
資 格 取 得 日			申 請 事 由	1 出生したため 2 転入したため 3 その他( )					
添 付 書 類	1 主たる生計維持者の所得状況に関する書類								
※ 審 査 結 果	所 得 状 況	所得金額	控除額	所得状況確認			・補助 ・単独 入 力		
		審査対象所得額		<input type="checkbox"/> 公簿等 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 ( . . ) <input type="checkbox"/> その他					
	審 査 結 果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課		受給期間		受 付 印			
		<input type="checkbox"/> 非該当    1 所得制限 2 その他( )		非該当処理状況 通知済( . . )					