

乳幼児医療費受給者証交付申請書

受給者番号

乳 幼 児	ふりがな 氏名	男 女	住 所 播磨町	所 得 状 況			
	平成 年 月 日生				平成 年度	平成 年度	
保 護 者	ふりがな 氏名			控除対象配偶者及び 扶養親族の合計額	人(人)	人(人)	
	年 月 日生			前年の所得額	円	円	
平成 年1月1日現在の住所について。(該当する番号を○でかこんで下さい。) 1 現住所と同じ 2 播磨町内で他の住所 → (住所) 3 播磨町外 → (住所) → 現住所へ 年 月 日 転居 転入				控 除			
				雑 損	円	円	
				医 療 費	円	円	
				社 会 保 険 料	80,000円	80,000円	
				小規模企業共済等掛金	円	円	
加 入 医 療 保 険				障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人 円
被保険者又は 世帯主氏名			乳児との続柄	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人 円
保険種別	政 組 日 船 共 国 管 合 雇 員 済 保	記号	番号	障害者・特別障害者・老 年者・寡婦・寡夫・勤労 学生の特 別	特 障 障 寡 勤 老	円	特 障 障 寡 勤 老 円
被保険者証 発行機関	保険者番号 名称		乳児の資格取得日 (生年月日と同一日の場合は不要) 年 月 日	控除後の所得額	円	円	
資格取得 理 由	1 出生(条例該当) 2 転入してきたため (年 月 日)		3 保険に加入 (年 月 日) 4 その他	決 裁 欄	認 定 県	決裁 年 月 日	
上記のとおり乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。 なお、審査のため貴町が扶養義務者の町県民税の課税状況を調査することを承諾します。 平成 年 月 日 申請者 氏名 播磨町長様 ㊟ () -					非 該 当 町	適用 年 月 日	