

老人
乳幼児
母子
心身障害
医療費助成支給申請書

受給者番号			
ふりがな 氏名	男女	生年 月日	年 月 日生
住所	(〒 -) (電話番号 -)		
市(町村)長 殿			
上記のとおり 老人 乳幼児 母子 心身障害 医療費助成の支給を申請します。			
年 月 日			
申請者 住所 氏名 印			

(注意) 裏面も忘れずに記入下さい。

（裏面）

（委任状）

私は、
 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

_____ 年 _____ 月 _____ 日請求した助成金の受領に関すること。

申請者の住所、氏名

_____ 印

代理人、氏名

_____ 印

口座 振替 依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所		
	金融機関コード					店舗 コード		
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号					
	口座名義人	フリガナ -----						

第1号様式（第2条、第5条関係）

乳幼児医療費受給資格者証 交付（更新）申請書

対 象 者	ふりがな	居住地 (住所)	
	氏名		男 女
	生年月日		年 月 日
①乳幼児を主として 養育している者	氏名	住 所	
	乳幼児との続柄		

		①乳幼児を主として養育にしている者の所得状況		
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		人 () 人		
③所 得 額		円		
④ 控 除	雑 損	円		
	医 療 費	円		
	小規模企業共済等掛金	円		
	障 害 者 控 除	障 人	※	円
		特障 人		
	老年者・寡婦(夫)・寡婦の特別 勤労学生の特	老・寡婦(夫) 寡特・勤	※	円
児童手当法施行令第3条第1項による 控除	※		円	
※ 控 除 後 の 所 得 額		円		

加 入 医 療 保 険	加入者氏名		乳幼児との 続 柄		住 所	
	⑤ 保 険 種 別	国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証の 記号番号		
	保険者番号及び 名 称					

⑥交付申請事由	1. 出生したため	4. その他 ()	
	2. 転入してきたため	(交付事由発生年月日)	
	3. 保険に新たに加入したため	年 月 日	
※ 審 査	認 定	本 則 ・ 特 例	却 下

上記のとおり乳幼児医療受給資格者証の交付を申請いたします。

年 月 日 申請者
住所
氏名 印
市 町 村 長 殿

(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。
2. 字は、楷書ではっきり書いて下さい。

第1号様式（第2条、第5条関係）

㊦ 母子医療費受給資格者証 交付（更新）申請書

ふりがな 氏名	続柄	現住所	③加入医療保険			※ 審査	
			保険種別	保険者番号及び名称	被保険者氏名		
① 申者 生年月日	男・女		国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	記号番号	所在地	氏名 対象者との続柄()	認定・却下
			記号番号	所在地	住所		
② 18 歳未 満の 児童 生年月日	男・女		国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	記号番号	所在地	氏名 対象者との続柄()	認定・却下
			記号番号	所在地	住所		
	男・女		国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	記号番号	所在地	氏名 対象者との続柄()	認定・却下
			記号番号	所在地	住所		
	男・女		国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	記号番号	所在地	氏名 対象者との続柄()	認定・却下
			記号番号	所在地	住所		

所得状況 氏名	④申請者		⑤配偶者及び扶養義務者				
⑥控除対象配偶者及び扶養親族の合計 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況については、 <input type="checkbox"/> 老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、 <input type="checkbox"/> 特定扶養親族の合計数))	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	
⑦⑧は外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童	人						
⑧所得額	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
⑨金品等の額	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
⑩控除	障害者控除	障特 人 人	※ 円	障特 人 人	※ 円	障特 人 人	※ 円
	老年人、寡婦・寡特(申請者が母の場合は控除しない) 寡夫、勤労学生	老寡 寡 勤	※ 円	老寡 寡 勤	※ 円	老寡 寡 勤	※ 円
	雑損控除	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
	医療費控除	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
	小規模企業共済等掛金控除	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
	配偶者控除特別控除	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
	肉用牛の売却による事業所得	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
	社会保険料相当額	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
控除後の所得額	※ 円		※ 円		※ 円		

⑪申請事由	1. 18歳未満の児童を扶養している配偶者がいない女子 (イ 死亡 ロ 離婚 ハ 生死不明 ニ 遺棄 ホ 海外渡航中 ヘ 障碍 ト 拘禁 チ 未婚) 2. 父母のいない18歳未満の児童 3. 2の児童を養育している配偶者にいない女子または婚姻をしたことのない女子
上記のとおり母子医療受給資格者証の交付を申請いたします。	
年 月 日	申請者 住所 氏名
市 町 村 長 殿	印
(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。 2. 字は、楷書ではっきり書いて下さい。	

第1号様式（第2条、第5条関係）

（障） 心身障害者医療費受給資格者証 交付（更新）申請書

対象者	ふりがな	居住地 (住所)	
	氏名		男 女
	生年月日		年 月 日
配偶者	氏名	住所	
扶養義務者	氏名	住所	
	対象者との続柄		

所得状況	対象者	配偶者	扶養義務者①
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計 (うち老人扶養親族者の数(対象者の所得状況については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族の合計数))	人 (人)	人 (人)	人 (人)
③④は外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童	人	人	人
所得額	円	円	円
雑損控除	円	円	円
医療費控除	円	円	円
社会保険料相当額	円	円	円
④小規模企業共済等掛金控除	円	円	円
配偶者控除特別控除	円	円	円
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	※ 人 円
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	※ 人 円
障害者・特別障害者・老年者・寡婦 (夫)・寡婦の特別、勤労学生の別	※ 障・特障・寡婦 (夫)・寡特・勤 円	※ 障・特障・寡婦 (夫)・寡特・勤 円	※ 障・特障・寡婦 (夫)・寡特・勤 円
肉用牛の売却による農業所得につ いての免除額	円	円	円
※控除後の所得額	円	円	円

加入医療保険	加入者氏名	乳幼児との 続柄	住所
⑤保険種別	国(市町村・退・組) 健(政・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証の 記号番号
保険者番号及び 名称			

⑥交付申請事由	1. 心身障害者になったため 2. 転入してきたため 3. 保険に新たに加入したため	4. その他 () (交付事由発生年月日) 年 月 日
※審査	認定	本則・特例 却下

上記のとおり心身障害者医療受給資格者証の交付を申請いたします。

年 月 日

申請者
住所
氏名

市町村長 殿

印

(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。
2. 字は、楷書ではっきり書いて下さい。

第1号様式

② 重度心身障害者医療費受給資格者証 交付（更新）申請書

対象者	後期高齢者医療による医療受給者番号					氏名	男女	
	被保険者番号							
							生年月日	年 月 日

所得状況	対象者	配偶者	扶養義務者①
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計 (うち老人扶養親族者の数(対象者の所得状況については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族の合計数))	人 (人)	人 (人)	人 (人)
③⑥は外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童	人	人	人
所得額	円	円	円
雑損控除	円	円	円
医療費控除	円	円	円
社会保険料相当額	円	円	円
④小規模企業共済等掛金控除	円	円	円
控除 配偶者控除特別控除	円	円	円
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	※ 人 円
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	※ 人 円
障害者・特別障害者・老年者、寡婦(夫)・寡婦の特別、勤労学生の別	※ 障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 円	※ 障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 円	※ 障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 円
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円
※控除後の所得額	円	円	円
※審査	認定・却下		

申請事由	心身障害者の方 該当する番号を○で囲んで下さい (1. については()内の符号)	1. 障害者手帳(イ. 1級 ロ. 2級を所持している) 2. 療育手帳のAを所持している
	母子家庭の方 該当する番号を○で囲み、 <input type="checkbox"/> 枠内を記入して下さい	1. 配偶者のいない女子で18歳未満の児童を扶養している。 住所 氏名 (生年月日) (療育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入) 2. 父母のいない18歳未満の児童を扶養している配偶者のいない女子または婚姻のしたことのない女子である。 住所 氏名 (生年月日) (療育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)

上記のとおり重度心身障害者医療受給資格者証の交付を申請いたします。

年 月 日

申請者
住所
氏名 印

市町村長 殿

(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。
2. 字は、楷書ではっきり書いて下さい。