

乳幼児医療費受給資格登録申請書

認定番号							

平成 年 月 日

遠軽町長 様

下記のとおり乳幼児医療費受給資格の登録をします。

注) 申請者は①～⑫欄を記入してください。

(※欄は記入しないでください。)

申請者 ① 住所 遠軽町
 ② 氏名 印

同意書

乳幼児医療費受給資格認定申請及び次年度以降の更新にあたり、私と私の属する世帯主及びすべての世帯員に係る国税及び地方税法の規定による所得並びに市町村民税の状況を町長が調査することに同意します。

③ 氏名 印

保護者	④ 保護者氏名	ふりがな	⑥ 住所 遠軽町
	⑤ 生年月日	昭和 年 月 日生	

※ 受給者番号	NO							NO									NO								
乳幼児の状況	⑦ 乳幼児(氏)名	ふりがな																							
	⑧ 生年月日	平成 年 月 日生						平成 年 月 日生						平成 年 月 日生											
	⑨ 保護者との続柄	子(第 子)・						子(第 子)・						子(第 子)・											
	⑩ 同居等の状況	同居 ・ 別居						同居 ・ 別居						同居 ・ 別居											

⑪ 父母の状況	父の氏名	(生・死)	母の氏名	(生・死)
---------	------	---------	------	---------

⑫ 医療保険	被保険者名	住所	※ 保護者と同一の場合は記入不要	勤務先
	保険種別	記番号		又は 発行機関名

※ 当初決定欄	※ 所得状況	1. 公簿確認(裏面) 2. 所得証明 3. その他			
	課長	主幹等	係長	担当	税務課
					担当

- 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。
- 次の理由により上記申請を却下する(理由: 所得制限超過 他)

乳幼児医療費受給資格認定に係る主たる生計義務者の所得状況調査書

区 分	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	備考
	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	
① 控除対象配偶者及び扶養親族の 合計数	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	
② 前 年 の 所 得 額	円	円	円	円	円	円	
③ 控 除 額 <small>(雑損、医療費、小規模企業共済等掛金、 障害者、寡(夫)婦、勤労学生等の計)</small>	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	
④ 控 除 後 の 所 得 額	円	円	円	円	円	円	
⑤ 課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
⑥ 負 担 区 分 該 当 状 況	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	<input type="checkbox"/> ・3歳未満 ・非課税 年 月迄	
	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	
⑦ ※ 認 定 結 果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	

重度・ひとり親・乳幼児医療給付(北海道医療給付)事業

1 所得制限の対象範囲

主たる生計維持者とし、世帯合算を行わない。 ※ 主たる生計維持者の決定(健康保険者証の
主名や所得税等の扶養者、国の各種制度受給状況等)

2 所得の制限 (平成18年4月1日から制限拡大)

扶養親族数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
所得額	5,320,000	5,700,000	6,080,000	6,460,000	6,840,000	7,220,000