

乳幼児医療費受給資格者認定申請書

平成 年 月 日

網走市長様

申請者住所 網走市

(保護者)氏名

乳幼児医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

受	フリガナ		男・女	生年月日	平成 年 月 日		
	乳幼児名						
	世帯主			続柄	子		
	住所		網走市 同上				
給	加	種類	協会・国保・国保組合・船員・組合・共済				
	入	記号			被保険者氏名		
		番号			保険者名		
	保	所得区分	課税・非課税		付加給付	※有・無	
		申請事由		1.出生 2.転入 3.生保廃止 4.所得該当	事由発生年月日	平成 年 月 日	
者	受給者証番号	北-11 号	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 7月31日まで			
	資格取得年月日	平成 年 月 日	台帳登録	平成23年 月 日 手渡郵送			
	却	理由	1.年齢超過 2.住民基本台帳登録にない 3.生保適用 4.転出 5.所得限度額超過 6.その他				
		措置	1.手渡 2.郵送		平成 年 月 日		
審	保護者(父または母)の勤務先又は職業		(父・母)				
	自宅(携帯)の電話番号 <small>※日中連絡の取りやすい保護者の方の携帯番号をお願いします</small>		自宅		-		
			携帯(父・母)		- -		

同意書

私は医療費受給者証交付のために、受給期間中に限り、網走市が主たる生計維持者の所得の状況について、所得額を調べ又は確認を求める（所得証明書の交付を含む。）ことについて同意します。

平成 年 月 日

住所

網走市

網走市長様

氏名

印

※ 下欄には記入しないで下さい。

所得額計算書

所得金額		控除額	
総所得		雑損	
退職所得		医療費	
山林所得		小規模企業共済等掛金	
土地等事業所得		配偶者特別	※ 乳幼児なし
長期譲渡所得		障害者・特別障害者	
短期譲渡所得		本人	老年人
肉用牛売却事業所得	※ 乳幼児なし		寡婦・寡夫・特別寡婦
			勤労学生
		社会保険料	一律 80,000
所得金額計 ①		控除額計 ②	

・扶養親族等の数（うち老人扶養親族）

人（人）

・所得制限限度額

円

① - ② = 審査対象所得額

円

認定・非認定

平成 年 月 日 公簿により確認 確認者

所得制限限度額表

【乳幼児医療費】（平成18年4月1日引き上げ）

* 所得限度額・・・国の児童手当の扶養義務者の限度額と同額

* 適用する所得対象者・・・主として本人の生計を維持する方（保護者など）

扶養人数	所得限度額	給与収入に換算した額
0人	5,320,000円	7,333,000円
1人	5,700,000円	7,755,000円
2人	6,080,000円	8,177,000円
3人	6,460,000円	8,600,000円
4人	6,840,000円	9,022,000円
5人	7,220,000円	9,444,000円

(注) ・以下、扶養人数1人につき、所得限度額に38万円を加算
 ・老人扶養親族があるときは、1人につき6万円を加算