



保険証等(写)を貼付してください。

加入 医療 保険	被保険者氏名	子どもとの 続柄	住所	
	資格取得年月 年 月 日	記号	番号	
	保険者番号	保険者		

以下の項目は記入しないでください。

子どもを主として養育している者(扶養義務者)の所得状況			
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち70歳以上の者の数)		人( 人)	
所得額		円	
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	
	寡婦・ひとり親・勤学	円	
児童手当法施行令第3条第1項による控除	80,000 円		
※控除後の所得額		円	
制限額		円	

※ 審 査	制 限 内 ・ 超 過
-------	-------------