

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|--------------------|--|--|----|---|----|-----|------------|---------|------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | | 資格認定年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 申請事由 | | 出生・転入・その他（ ） | | | | | | | | |
| 子ども | フリガナ | | | | | | | | | | | 個人番号 | | 住所 | 大川市大字 | | | | | | | |
| | 氏名 | 平成・令和 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 個人番号 | | 住所 | <input type="checkbox"/> 同上（子ども住所と同じ） 大川市大字 | | | | | | | |
| | 氏名 | 子どもとの続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生計維持者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 個人番号 | | 住所 | <input type="checkbox"/> 同上（保護者住所と同じ） 大川市大字 | | | | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 同上（保護者氏名と同じ） 子どもとの続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | 保険種別 | 協会・組合・共済 船員・国保 | | 被保険者証の氏名 被記号・番号 | | | 氏名 | | 記号 | | 番号 | | | | | | | | | | | |
| | 保険者名 | | | 保険者号 | | | | 所在地 | | | | 付加給付の有無 | | 有・無 | | | | | | | | |
| 所得の状況 | 令和 年分 所得額 円 | | | 所得区分 | | <input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者 | | 被扶親族等及び児童の人数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数) | | | 人 (人) | | 児童手当の受給の有無 | | 有・無 | | | | | | | |
| 上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。認定及び更新時に住民基本台帳、児童手当情報の閲覧並びに所得状況について、住民税の課税台帳により確認されることを承諾します。当該申請に関して大川市が市町村民税に係る情報及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を大川市長に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 申請者 住所 福岡県大川市大字 氏名 大川市長 様 TEL () - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 審査欄 | 控除後の所得額 円 | | | 所得制限限度額 円 | | | | 判定 可・否 | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | |