

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

医 療 証 番 号						資格認定年月日		年 月 日				☐ 3 歳未満 ☐ 3 歳以上 ☐ 児童(12歳年度末まで) ☐ 児童 (左記以外)					
						申請事由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 3 歳到達 ☐ 更新 ☐ その他 ()									
子 ど も	ふりがな 氏 名					年 月 日生	☐ 男・ ☐ 女	住 所									
保 護 者	ふりがな 氏 名					子どもとの続き柄 ()	☐ 男・ ☐ 女	住 所	☐ 同 上								
生 計 維 持 者	ふりがな 氏 名 個人番号					子どもとの続き柄 ()	☐ 男・ ☐ 女	住 所	☐ 同 上								
医 療 保 険	保 険 種 別	☐ 協 ・ ☐ 組 ・ ☐ 日 ☐ 船 ・ ☐ 共 ・ ☐ 国				被 保 険 者 証 の 氏名、記号 ・ 番号		氏 名				記 号		番 号			
	保 険 者 名					保 険 者 番 号							所 在 地				付 加 給 付 の 有 無
所 得 の 状 況	年分 所得額 円				所 得 区 分	☐ 被用者又は公務員 ☐ 被用者等でない者	扶養親族等及び児童の数 (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。 ☐当該申請に関してみやこ町が市町村民税に係る情報およ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。 ☐高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替をみやこ町に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 みやこ町 氏名 みやこ町長 殿																	
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							