

子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳

医療証番号												資格認定年月日		3歳未満・3歳以上～12歳児・中学生				
												申請事由						
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	子どもとの続柄 ()										男・女	住所					
生計維持者	ふりがな 氏名	子どもとの続柄 ()										男・女	住所					
	個人番号																	
医療保険	保険種別											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	円										所得 区分	ア 被用者又は公務員 イ 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
<p>上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。 当該申請の審査並びに高額療養費及び高額介護合算療養費の請求に関して、中間市が所得調査等を行うことを承諾します。 当該申請に関して、中間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。 高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を中間市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>中間市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 電話番号</p>																		
審査欄	控除後の所得金額 円					所得制限限度額 円					判定 可・否		備考欄					