

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								
											申請事由						
子 ど も	フリガナ							住 所									
	氏名																
	個人番号																
保 護 者	フリガナ							住 所	<input type="checkbox"/> 同上								
	氏名																
	個人番号		子どもとの続柄()														
生 計 維 持 者	フリガナ							住 所									
	氏名																
	個人番号		子どもとの続柄()														
医 療 保 険	保険種別			被保険者の氏名 記号・番号		氏名							記号 番号				
	保険者名			保険者 番号							所在地						
所得 の 状 況	年分 所得額 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・更新)を申請します。</p> <p>当該事業に関して新宮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。</p> <p>高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を新宮町に委任します。</p> <p>年 月 日 申請者 住 所 氏 名 個人番号 電 話</p>																
審 查 欄	控除後の所得額 円		所得制限限度額 円				基準所得額 以内 超過		備考欄								