

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		1	2	3	1	2	3	4	資格認定年月日	令和2年5月1日			
									申請事由	転入 または 出生			
子ども	フリガナ	シングウ ジロウ						男	住所	福岡県糟屋郡新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号			
	氏名	新宮 次郎											
	個人番号	112233445566	平成22年2月22日										
保護者	フリガナ	シングウ タロウ						男	住所	☑同上			
	氏名	新宮 太郎											
	個人番号	123456789012	子どもとの続柄(世帯主)										
生計維持者	フリガナ							男・女	住所	お子様の名前が記載された健康保険証のコピーも必要です。 (この点線欄も分かる範囲でご記入ください。)			
	氏名												
	個人番号	子どもとの続柄()											
医療保険	保険種別	健保組合			被保険者証の氏名 記号・番号			氏名	新宮 太郎		記号 番号	963 852741	
	保険者名	○△□健康保険組合			保険者 番号	9 9 9 9 9 9 9 9			所在地	福岡県XX市XX区XX〇丁目〇-〇		付加給付の 有無	
所得の 状況	年分 所得額			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)	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・更新)を申請します。 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。 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。 令和2年 5月 1日													
				申請者	住所	福岡県糟屋郡新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号							
					氏名	新宮 太郎		印					
					個人番号	123456789012							
					電話	090-XXXX-XXXX (妻・花子) 090-XXXX-XXXX							
審査 欄	控除後の所得額			所得制限限度額			基準所得額 以内 超過		備考欄				
	円			円					郵送でこの申請書を送付する場合、 日中に連絡可能な電話番号を必ず記入してください。				