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	年　月　日	3歳未満・3～6歳・6～12歳・12～15歳							
									申請事由	出生・転入・その他　(　新規　)								
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										
生計維持者	ふりがな 氏名 個人番号	子どもとの続柄(　) □□□□□□□□□□□□						男・女	住所	上記の住所と異なる場合 小郡市外に令和　年１月１日以前に住所を有していた場合 別居の場合								
医療保険	保険種別	政・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		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。

□ 当該申請に関して小郡市が住民基本台帳及び市町村民税に係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、受給者世帯の課税状況及び児童手当の受給状況について公簿等により確認され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、受領及び振替を小郡市へ委任します。

年　月　日　申請者　住所

氏名

小郡市長　殿　電話番号

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