

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							
										申請事由							
受給者	フリガナ								住								
	氏 名	生															
保護者	フリガナ								所								
	氏 名	受給者との続き柄()															
生計維持者	フリガナ								住								
	氏 名	受給者との続き柄()															
	個人番号																
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					付加給付の有無	有・無
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)		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の(認定・更新)を申請します。 □当該申請に関して福津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。 □高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福津市長に委任します。																	
申請者 住 所 氏 名 (T E L)																	

医療証番号								資格認定年月日							
								申請事由							
受給者	フリガナ	フクツ イチロウ				男	住	福津市□□□ ○丁目○番○号							
	氏名	福津 一郎						令和 ○年 ○月 ○日 生							
保護者	フリガナ	フクツ ハナコ				女	所	「保護者」とは、日常生活において子どもの面倒をみている者です。 「生計維持者」とは、子どもの生活費を支出している者の中で収入が一番高い者です。(父もしくは母のいずれかをご記入ください)							
	氏名	福津 花子										受給者との続き柄(母)			
生計維持者	フリガナ	フクツ タロウ				男	住	東京都□□□区□□□ ○丁目○番○号							
	氏名	福津 太郎										受給者との続き柄(父)			
	個人番号	X X X X X X X X X X X X X X													
医療保険	保険種別	健保組合				被保者氏名	「保険種別」に該当するものをご記入ください ・国保(福津市)・国保(組合)・協会けんぽ・組合健保 ・船員健保・共済組合・その他()	記号			番号				
	保険者名							付加給付の有無	有・無						
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)	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の(認定・更新)を申請します。 ☒ 当該申請に關して福津市が市町村長等に依る通知及び児童手当の支給に関する情報の提供を ☒ 高額療養費の支給に關して福津市が市町村長等に依る通知及び児童手当の支給に関する情報の提供を										令和○ 年 ○月 ○日		福津市長 宛			
郵送時は、本人確認書類(コピー)を添付してください。に委任します。										日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。					
申請者 住 所 福津市□□□ ○丁目○番○号 氏 名 福津 花子										(TEL ○○○-○○○○-○○○○)					