

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						
								申請事由								
子 ど も	フリガナ							住 所								
	氏 名	年 月 日														
	個人番号															
保 護 者	フリガナ							住 所	☐ 同上							
	氏 名	子どもとの続柄()														
	個人番号															
生 計 維 持 者	フリガナ							住 所	☐ 同上							
	氏 名	子どもとの続柄()														
	個人番号															
医 療 保 険	保険種別							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	年分 所得額				扶養親族等及び児童の数				人	児童手当の 受給の有無		有・無				
				円				(うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)				(人)				
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、宇美町が申請者及びその扶養義務者の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。 また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宇美町に委任します。 年 月 日 申請者 住 所 宇美町長 殿 氏 名 電 話																
審 査 欄	控除後の所得額				所得制限限度額				基準所得額		備考欄					
				円				円				○ 以内 超過				