

別記

様式第1号 (第5条関係)

### 子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳

受給者番号				資格認定年月日		年 月 日				
				申請事由				生年月日	年 月 日	
子ども	フリガナ			男・女	住 所					
	氏名 個人番号									
保護者	フリガナ			男・女	住 所					
	氏名 個人番号									
生計維持者	フリガナ			男・女	住 所					
	氏名 個人番号									
医療保険	保険種別			被保険者証の 氏名・記号・番号		氏名 個人番号	記号	番号		
	保険者名			保険者 番号			所在地			附加給付の 有無
所得の 状況	年分 所得額 円		所得 区分	<input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者		扶養親族等及び児童の人数 (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。 子ども医療費助成自己負担金等の決定のため、私の世帯の町民税に関する課税状況、所得、諸控除の額及び扶養人数について、御宿町が調査することを承諾します。 年 月 日 申請者 住所 (あて先) 御宿町長 氏名 ⑩ TEL ( ) 個人番号										
審査欄	控除後の所得 円		所得制限限度額 円		判定 可・否	備考欄				

※処理欄

番号確認 : 番号カ・通知カ・住民票・他( )
身分確認 : (1点)番号カ・免・旅券・他( )
(2点)通知カ・保・他( )