

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		年 月 日		3歳未満・3歳以上・小学生・中学生		
										申請事由		出生・転入・更新・その他()				
子ども	ふりがな	-----						男・女	住所	広川町大字						
	氏名															
		年 月 日生														
保護者	ふりがな	-----						男・女	住所							
	氏名	子どもとの続柄()														
生計維持者	ふりがな	-----						男・女	住所							
	氏名	子どもとの続柄()														
医療保険	保険種別	政・組・日 船・共・国		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		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 (人)		児童手当の 受給の有無		有・無			
		円														
<p>上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/>当該申請に関して広川町が市町村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うけるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p><input type="checkbox"/>高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を広川町に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者 住所 広川町大字</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">広川町長 宛 電話 ()</p>																
審査欄	控除後の所得額		所得制限限度額		判定		備考欄									
		円		円		可・否										