

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書

受給者番号				資格認定年月日					
				申請事由					
子ども	フリガナ			住所	 (This section is crossed out with a diagonal line) 				
	氏名	年 月 日生							
保護者	フリガナ			住所					
	氏名	子どもとの続柄()							
生計維持者	フリガナ			住所					
	氏名	子どもとの続柄()							
医療保険	保険種別	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			附加給付の有無			
所得の状況	年度分 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	
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。認定及び更新時に本人及び扶養義務者の住民基本台帳の閲覧及び所得状況について、住民税の課税台帳により確認されることを承諾します。 年 月 日 申請者 住所 大村市長 様 氏名 TEL()									
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					