

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		3歳未満・3歳以上就学前・児童・生徒					
				申請事由		出生・転入・その他()							
子 ど も	フリガナ				住 所								
	氏 名	年 月 日生											
保 護 者	フリガナ				住 所								
	氏 名	子どもとの続き柄 ()											
生 計 維 持 者	フリガナ				住 所								
	氏 名	子どもとの続き柄 ()											
医 療 保 険	保 険 種 別				氏 名	被 保 険 者 証 の 氏 名、記号・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		所 得 区 分		扶養親族等及び児童の人数		人		(人)		児童手当の 受給の有無		
<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。 子ども医療費受給のために児童手当受給状況または所得状況を確認されることについて、承諾します。 高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求及び受領を大野城市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">大野城市長 殿 氏 名 印 TEL ()</p>													
審 査 欄	控 除 後 の 所 得		所 得 制 限 限 度 額		判 定		備 考 欄						
	円		円		可 ・ 否								