

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	令和 年 月 日			
				申請事由	新規			
子ども	フリガナ			住所				
	氏名	個人番号： 年 月 日生						
保護者	フリガナ			住所				
	氏名	個人番号： 子どもとの続き柄()						
生計維持者	フリガナ			住所				
	氏名	個人番号： 子どもとの続き柄()						
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	令和 年分 所得額		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
<p>上記のとおり(認定・更新)を申請いたします。</p> <p>当該申請に関して市が市町村民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受けるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p>高額療養費に該当する場合は、その請求、受領および振替を古賀市に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 申請者 住所 (保護者)</p> <p style="text-align: center;">宛先 古賀市長 氏名 TEL()</p>								
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			

子ども医療費

記入見本

請求書兼台帳

※黄色の部分のみご記入ください。

受給者番号				申請事由		新規		月	日
子ども	フリガナ	コガ イチロウ		男	住所	古賀市駅東〇丁目△番□号			
	氏名	古賀 一郎							
		個人番号：×××× ×××× ×××× 平成〇年〇月〇日生							
保護者	フリガナ	コガ ハナコ		女	住所	古賀市駅東〇丁目△番□号			
	氏名	古賀 花子							
		個人番号：×××× ×××× ×××× 子どもとの続き柄(母)							
生計維持者	フリガナ	コガ タロウ		男	住所	福岡市東区〇丁目△番□号			
	氏名	古賀 太郎							
		個人番号：×××× ×××× ×××× 子どもとの続き柄(父)							
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	令和 年分 所得額	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(うち老人控 び老人扶養親族の合計数)		保護者の方の情報 (人)		童手当の 受給の有無
		申請書の記入日							
上記のとおり(認定・更新)を申請いたします。 当該申請に関して市が市町村民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受けるために個人番号を利用することを承諾します。 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領および振替を古賀市に委任します。									
令和〇年〇月〇日		申請者	住所	古賀市駅東〇丁目△番□号					
		(保護者)							
宛先	古賀市長	氏名	古賀 花子		TEL(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
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					