

子ども医療費受給資格 (認定)・更新) 申請書

医療証番号						資格認定年月日							
						申請事由							
子ども	フリガナ 氏名	年 月 日生				男・女	住所						
	個人番号												
保護者	フリガナ 氏名	子どもとの続柄 ()				男・女	住所						
	個人番号												
生計維持者	フリガナ 氏名	子どもとの続柄 ()				男・女	住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	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			記号		
	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 円				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	
<p>筑紫野市子ども医療費の支給に関する条例施行規則（第2条第1項・第4条第1項）の規定により上記のとおり子ども医療費受給資格 (認定)・更新) を申請します。 また、子ども医療費の助成の審査に必要な所得の状況又は児童手当の受給の状況について調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (宛先) 筑紫野市長 電話 _____</p>													
審査欄	控除後の所得額 円				所得制限限度額 円				備考欄				