

赤字の個所にご記入ください

受付No. _____

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	筑紫野 子太郎 令和2年 5月 1日生				男・女	住所	筑紫野市石崎1-1-1		
	個人番号									
保護者	フリガナ氏名	筑紫野 太郎 子どもの続柄 (父)				男・女	住所	□ 同上		
	個人番号									
生計維持者	フリガナ氏名	筑紫野 太郎 子どもの続柄 (父)				男・女	住所	□ 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 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	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	
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。										
令和5年 3月 1日		申請者		住所 筑紫野市石崎1-1-1						
				氏名 筑紫野 太郎						
(宛先) 筑紫野市長				電話 092 - 923 - 1111						
審査欄	控除後の所得額			所得制限限度額			備考欄			
	円			円						