

記入例

- ※ 個人番号…マイナンバー(12ケタ)
- ※ 子どもを主として養育している者
…原則、子どもが加入している医療保険の被保険者である父または母

様式第1号(第3条、第5条、第6条関係)

乳幼児医療費受給資格証交付(更新)申請書・子ども医療費助成金支給申請書

（受給 幼児 資格 者）	フリガナ コオリヤマ サクラ	生年月日	住所 大和郡山市北郡山町248-4
	氏名 郡山 さくら	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日生 個人番号 123456789123	
者て乳 養幼 （育 児を 申し を請 てと し るし	フリガナ コオリヤマ タロウ	生年月日	住所 同上
	氏名 郡山 太郎	平成〇〇 年 〇 月 〇 日生	
		乳幼児との続柄 父	<1月1日現在(*)の住所>
	個人番号 345678912345		

(*)1~7月の資格取得の場合は、前年
8~12月の資格取得の場合は、当該年

医 加 療 保 険 入	<p>●詳細は別紙のとおり</p> <p>対象者全員の保険証等の写しを裏面に貼付してください。 保険証等の写しがない場合は、裏面の加入医療保険欄にご記入ください。 ※被保険者と申請者が異なる場合は、別途「被保険者届出書」及び「同意書」が必要です。</p>
----------------------------	---

医療費助成金(現物給付分を除く。)を下記の金融機関口座に振り込んでください。

〇〇	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 △△	支店 出張所	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義人(フリガナ) コオリヤマ ハナコ	1普通 2当座
----	-------------------------	----------	-----------	-----------------------	---------------------------------	------------

※申請者名義の口座をご記入ください。申請者の方以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。
<委任状> 私(申請者)は下記の者を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

代理人住所 **大和郡山市北郡山町248-4** 代理人氏名 **郡山 花子** 申請者との続柄 **妻**
(口座名義人住所) (口座名義人)

- 上記のとおり乳幼児医療費受給資格証の交付(更新)及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。
- ・この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、市長が地方税関係情報等公簿の閲覧・写しの取得を行うこと。
 - ・高額療養費の支給を受けられる場合、医療機関等が「高額療養費支給申請書」、「被保険者証等の写し」、「医療費受給資格証の写し」及び「診療報酬明細書等の写し」を徴すること、並びにこれらのものを市長に提出すること。
 - ・既に受給した助成金について差額が生じた場合、助成金支給額において相殺すること、または、差額の返還に応じること。

〇〇 年 〇 月 〇 日

大和郡山市長 様

申請者氏名
(乳幼児を主として養育している者)

郡山 太郎

本人による自署をお願いします。

[自宅・子の母携帯・子の父携帯・他()]

連絡先電話番号 **××× - ×××× - ××××**

区分	県単・市単	申請理由	出生・生保廃止 ・転入・転出 ・その他()	日中連絡のとりやすい 番号をご記入ください。
受給者番号		資格発生日	年 月 日	
		交付年月日	年 月 日	

申請者以外の口座の場合、口座名義人が代理人となります。代理人住所・氏名を下の委任状欄にご記入ください。

保険証等(写)を貼付してください。

加入 医療 保険	被保険者氏名	乳幼児との 続柄	住所	
	資格取得年月 年 月 日	記号	番号	
	保険者番号	保険者		

以下の項目は記入しないでください。

乳幼児を主として養育している者(扶養義務者)の所得状況			
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち70歳以上の者の数)		人(人)	
所得額		円	
控	雑損	円	
	医療費	円	
	小規模企業共済等掛金	円	
除	障害者控除	障 人	円
		特障 人	
寡婦・ひとり親・勤学		円	
児童手当法施行令第3条第1項による控除		80,000 円	
※控除後の所得額		円	
制限額		円	

※ 審 査	制 限 内 ・ 超 過
-------	-------------