

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号の2(第3条、第5条、第6条関係)

子ども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

受給資格者 (子ども)	フリガナ コオリヤマ サクラ	生年月日 平成〇〇年 〇月 〇日生	住所 大和郡山市北郡山町248-4
	氏名 郡山 さくら	個人番号 123456789123	
子どもを主として 養育している者 (申請者)	フリガナ コオリヤマ タロウ	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日生	住所 同上
	氏名 郡山 太郎	子どもとの続柄 父	<1月1日現在(*)の住所>
		個人番号 345678912345	同上

(*)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

医加療保入 ●詳細は別紙のとおり
子どもの保険証等の写しを裏面に添付してください。
 ※被保険者と申請者が異なる場合は、別途同意書が必要です。

医療費助成金を下記の金融機関口座に振り込んでください。(申請者名義の口座をご記入ください。)

銀行	本店	口座番号	口座名義人(フリガナ)	1普通
信用金庫	支店	1234567	コオリヤマ ハナコ	2当座
農協	出張所			

※申請者の方以外の口座を希望される場合は、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** 続柄 **妻**

- 上記のとおり子ども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、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うこと。
- 高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が「高額療養費支給申請書」、「被保険者証の写し」、「医療費受給資格証の写し」及び「診療報酬明細書等の写し」を提出すること、並びにこれらのものを市長に提出すること。
- 助成金受給後、助成金を調整する必要が生じた場合、次月以降の支給額において相殺すること。

〇〇年 〇月 〇日

大和郡山市長 様

申請者氏名
(子どもを主として養育している者)

郡山 太郎

本人による自署で
 お願いします。

[自宅 **母携帯** ・ 父携帯 ・ 他()]

連絡先電話番号 **××× - ×××× - ××××**

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。

日中連絡のとりやすい
 番号をご記入ください。

区分	県単	児童(更新)・転入・保険加入 廃止・転出取消・切替 他()	受付
受給者番号		資格発生日 年 月 日	
		交付年月日 年 月 日	

保険証(写)を貼付してください。

子どもの健康保険証(コピー)を貼付ください。

(例)

健康保険 平成〇〇年〇月〇日交付
被保険者証
氏名 〇〇 〇〇
生年月日 〇〇年△月△日
認定年月日 〇〇年△月△日
被保険者氏名 〇〇 〇〇
全国健康保険協会 〇〇支部

以下の項目は記入しないでください。

子どもを主として養育している者(扶養義務者)の所得状況			
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		人(人)	
所得額		円	
控	雑損	円	
	医療費	円	
除	小規模企業共済等掛金	円	
	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
-------	-------------