

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	生年月日	住所
	氏名	年 月 日生	
		個人番号	
(養育している者) (申請者)	フリガナ	生年月日	住所
	氏名	年 月 日生	
		子どもとの続柄	<1月1日現在(*)の住所>
		個人番号	

(*)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 style="text-align: center;">子どもの保険証等の写しを裏面に貼付してください。</p> <p style="text-align: center;">※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>
----------------	---

医療費助成金を下記の金融機関口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義人(フリガナ)	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
(口座名義人住所)

代理人氏名
(口座名義人)

申請者との
続柄

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。

年 月 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)

[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	就学児(更新) ・ 転入 ・ 保険加入 生保廃止 ・ 転出取消 ・ 切替 その他()	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。

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			
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	
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
-------	-------------