子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

受給者番号								資格認定年月日	令和　年　月　日	
								申請事由	新規	

子ども	フリガナ			住所	
	氏名	個人番号： 年　月　日生			
保護者	フリガナ			住所	
	氏名	個人番号： 子どもとの続柄(　　)			
生計維持者	フリガナ			住所	
	氏名	個人番号： 子どもとの続柄(　　)			

医療保険	保険種別		被保険者の氏名、記号・番号	氏名	個人番号：	記号		番号	
	保険者名		保険者番号		所在地			付加給付の有無	
所得の状況	令和　年分　所得額 円		所得区分	□被用者又は公務員 □被用者等でない者	扶養親族等及び児童の人数(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	

上記のとおり（認定・更新）を申請いたします。
当該申請に関して市が健康保険等の資格情報、市町村民税に係る情報及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。
高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を古賀市に委任します。

令和　年　月　日　　申請者(保護者)　住所

宛先　古賀市長　　氏名　　TEL(　　)

審査欄	控除後の所得額 円	所得制限限度額 円	判定 可・否	備考欄

記入例

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

受給者番号		資格認定年月日	令和　年　月　日
		申請事由	新規

子ども	フリガナ	コガ　サクラ	住所	古賀市駅東〇丁目〇番〇号
	氏名	古賀　桜 個人番号：×××× ×××× ×××× 令和〇年〇月〇日生		
保護者	フリガナ	コガ　ハナコ	住所	古賀市駅東〇丁目〇番〇号
	氏名	古賀　花子 個人番号：×××× ×××× ×××× 子どもとの続柄(　母　)		
生計維持者	フリガナ	コガ　タロウ	住所	福岡市博多区〇丁目〇番〇号
	氏名	古賀　太郎 個人番号：×××× ×××× ×××× 子どもとの続柄(　父　)		

マイナンバーカード裏面の 12 桁の番号

子どもと同じ住所の場合は「同上」でも可

子どもと同じ住所の場合は「同上」でも可

医療保険の状況	保険	被保険者の	記	号
	円			(　人)

記入に関する確認事項

●保護者とは、日常生活において子どもの面倒をみている者。
（同居をしていない場合は、定期的な訪問、手紙、電話等のやりとり、仕送り等がある場合は保護者に含む。）

●生計維持者とは、子どもの生活費を支出している者。複数該当者がいる場合は、その中で一番収入が高い者の氏名を記入してください。
（父母ともに子どもを生計維持しているときは、同居の祖父母等の収入が一番高い場合であっても、生計維持者は父もしくは母となります。）

上記のとおり（認定・更新）を申請いたします。
当該申請に関して市が健康保険等の資格情報、市町村民税に係る情報及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。
高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を古賀市に委任します。

令和〇年〇月〇日

宛先

提出日

申請者（保護者）　住　所　古賀市駅東〇丁目〇番〇号

氏　名　古賀　花子

TEL(　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇　)

審査欄	控除後の所得額	所得制限限度額	判定	備考欄
	円	円	可・否	