

様式第1号（第3条、第5条関係）

おいらせ町子ども医療費受給資格認定（更新）申請書（兼同意書）

おいらせ町長 殿

次のとおり、受給資格の認定（更新）を申請します。

受給資格の審査にあたり、保護者に関する情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）で確認することに同意します。

申請日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|----------|---|---|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保護者 (申請者) | フリガナ | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | (子どもの 父・母・) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | フリガナ | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | (子どもの 父・母・) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | おいらせ町 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (父又は母が 対象児と別居の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (父又は母が1月1日に 町外住所だった場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 日中連絡できる番号 父・母・自宅・その他() - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | 1 おいらせ町国民健康保険 2 保険協会 3 共済 4 組合 5 船員 6 その他 ※保険証の写しを添付すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児 | | フリガナ 氏名 | 生年月日 | | | 続柄 | 受給資格証番号 ※おいらせ町 記入欄 | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------|--|--------------|--------|--|--|
| 所得額 | | 控除額 | | | 控除後の金額 | | |
| | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新規（出生・転入・その他） | 扶養人数 | | | 基準額 | | | |
| | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 更新 | 受給資格 R 年 月 日から 有効期間 R 年 月 日まで | | | 該当制度 乳幼児・子ども | | | |
| 資格証交付年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | |