

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					