

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 令和 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	子									
	2		平成 令和	年	月	日	子									
	3		平成 令和	年	月	日	子									

所得額		控除額		控除後の金額	
☐ 新規（出生・転入・その他）	扶養人数			基準額	
☐ 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			