

様式第 1 号（第 3 条、第 6 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                   | 父 | フリガナ  |              | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       |   | 氏名  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       | 母 | フリガナ  |              | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       |   | 氏名  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
| 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<br>父 ・ 母 ・ 自宅                      -                      -   |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
| 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<br>5 船 員                              6 その他                      ※保険証の写しを添付すること |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
| 対象児                   | 1 | フリガナ  | 生年月日<br>個人番号 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 | 受給資格証番号<br>※おいらせ町<br>記入欄 |  |  |
|                       |   | 氏名  | 年 月 日        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       | 2 |   |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 子  |                          |  |  |
|                       |   |   | 年 月 日        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       | 3 |   |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                          |  |  |
|                       |   |   | 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            | 受給資格有効期間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 該当制度 乳幼児・子ども |  |
| 資格証交付年月日                               |          |         |         |              |  |
| 年 月 日                                  |          |         |         |              |  |