

子ども医療費受給者証交付（更新）申請書

※受付確認年月日

提出年月日
令和 年 月 日

(宛先) 府中町長

次のとおり申請します。子ども医療費補助の認定及び更新に際して、府中町長が必要と認める場合は、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の住民基本台帳の確認及び住民税課税状況を調査のうえ、利用されることに同意します。また、他の制度の受給状況など必要な情報を公簿等により確認されることに同意します。このことについて、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。さらに、子ども医療費補助の認定及び更新に際して、府中町長が必要と認める場合は、個人番号により住民税課税状況を確認することに同意します。

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日	昭和・平成	年	月	日	配偶者の有無	有 ・ 無
	住所	男・女	個人番号					※子どもの加入保険の内容	保険者名
電話(携帯)番号		() -				被保険者等氏名			
()年1月1日の住所	府中町内 ・ 府中町外 [	都道府県	市区町村]	・ 国外		保険者番号		
()年1月1日の住所	府中町内 ・ 府中町外 [	都道府県	市区町村]	・ 国外		記号		
配偶者	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日	昭和・平成	年	月	日	※世帯の住民税課税状況	課税 ・ 非課税
	住所	男・女	個人番号						・健康保険証(対象の子ども) <input type="checkbox"/> 後日提示 <input type="checkbox"/> 添付済
()年1月1日の住所	府中町内 ・ 府中町外 [	都道府県	市区町村]	・ 国外		※確認事項	・本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
()年1月1日の住所	府中町内 ・ 府中町外 [	都道府県	市区町村]	・ 国外		※申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ()	

◎◎◎裏面の欄は申請時に対象の子どもの健康保険証がない場合は、後日提出してください。

申請対象の子ども	氏名 (ふりがな)	続柄	性別	生年月日	同居・別居の別	監護の有無	生計関係	住所 (申請者と異なる場合のみ記入してください)	※審査結果			
									認定	却下		
			男・女	平成 年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持	個人番号				
			男・女	平成 年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持	個人番号				
			男・女	平成 年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持	個人番号				
			男・女	平成 年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持	個人番号				
上記以外の世帯員			男・女	大正昭和平成令和 年 月 日				個人番号				
			男・女	大正昭和平成令和 年 月 日				個人番号				
			男・女	大正昭和平成令和 年 月 日				個人番号				
			男・女	大正昭和平成令和 年 月 日				個人番号				

記入上の注意

- 1 「申請者」の欄は、主たる生計維持者について記入してください。主たる生計維持者の住所が子どもの住所と異なる場合でも、その方について記入してください。
- 2 「住所」の欄は、住民票上の住所（主たる生計維持者の住所が子どもと異なる場合は、その住所）を記入してください。
- 3 「配偶者」の欄は、主たる生計維持者の配偶者について記入してください。
- 4 「申請対象の子ども」の欄は、申請者が養育（監護し、かつ、生計を同じくするかまたは維持することをいいます。「養育」については以下同様です。）する子どもについて記入してください。
- 5 この申請書に添えていただく書類は次のとおりです。
 - （1）申請対象となる子どもの名前が記載された健康保険証の写し
 - （2）申請者の身分証明書の写し（写真付きの公的機関発行の身分証明書の場合は、運転免許証・パスポートなどから1点。それ以外の場合は、健康保険証、年金手帳などから2点。）
 - （3）世帯全員のマイナンバーカードまたは通知カードの写し
 - （4）申請者自身の子でない子どもの場合は、申請者とその子どもとの養育関係及び父母とその子どもとの養育関係を明らかにすることができる書類
- 6 字は楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

○お問い合わせ先 子育て支援課こども家庭係（電話082-286-3163）