

子ども医療費受給者証交付（更新）申請書

(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一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、他の制度の受給世帯員及び世帯員が公費等により確認されることに同意します。このこと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、子どもが主たる生計維持者を記入し、主たる生計維持者を記入した世帯員が世帯主であることを確認することにより、府中町長が必要と認める場合は、個人番号による確認を行います。

マイナンバーを記入してください（12桁）

認及び
の属する
果険情報

提出年 月 日

令和 年 月 日

※ 受付確認年月日

③児童の健全な育成及び児童の福祉に資する所。
④※印の欄は、記入しない場合が多い。
⑤裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。
⑥申請時に対象の子どもの健康保険の資格確認書等保険の加入を証明する書類がない場合は、後日提出してください。
⑦防止など予防的支援のため、本申請に伴う受給資格情報を利用します。なお、その他の目的外利用はしません。

[illegible]