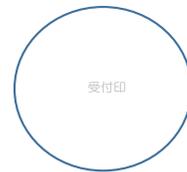


子ども医療費受給資格認定（更新）申請書



福山市長様 次のおり、子ども医療費の受給資格の認定を申請します。
なお、所得・健康保険情報等 審査項目に係る調査及び更新時の所得調査に同意します。

案内日	年 月 日	案内	ネ松北神東 内新沼柄芦 加水熊山市	名前		
※この日から2か月以内（ 月 日必着）に申請してください。この申請書を紛失した場合は、資格発生日又は案内日からの認定ができない場合があります。（詳しくは裏面）					本人確認	受付

太枠内を記入してください。

申請年月日	年 月 日	受給資格発生事由	新 規										更 新	
			出生	転入	保険加入	生保廃止	施設退所	年齢到達	14日超過	ひとり喪失	その他	() 歳		
（保護者） 申請者	フリガナ											個人番号		
	名 前											生年月日	年 月 日	
	電話番号	-										配偶者の電話番号	-	
対象児童	フリガナ											個人番号		
	名 前											生年月日	年 月 日	
	住 所	福山市 方書（アパート名）										※保護者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 （別居の場合は備考欄に 保護者の住所を記入）		
	加入 健康保 険している	記号	番号 (枝番)										※被保険者が保護者と異なる場合は 記入してください。	
		保険加入日 (認定年月日)	年 月 日										被保険者の ・子どもからみた続柄 () ・生年月日 (年 月 日) ・住所	
		フリガナ												
被保険者名														
保険者番号														
保険者名														
※職員記入欄 <input type="checkbox"/> マイナポータル の画面で健康保険の情報を目視確認（確認者：)														
所得判定年度 (年 1月1日) の住所	保護者	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 国外 () ※パスポートのコピーが必要 <input type="checkbox"/> 福山市外 ()												
	配偶者	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> 国外 () ※パスポートのコピーが必要 <input type="checkbox"/> 福山市外 ()												
児童手当受給状況	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 公務員（受給中）										受給者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		

添付書類	
<input type="checkbox"/>	子どもの健康保険の情報を証明するもの (資格確認書のコピー等)
<input type="checkbox"/>	同意書 (保護者・配偶者)
<input type="checkbox"/>	所得証明書 (保護者・配偶者)
<input type="checkbox"/>	パスポートのコピー (保護者・配偶者)
<input type="checkbox"/>	その他 ()

審査欄	受給者番号												
	資格有効期間	未就学 県・市	~					就学後	~				
	所得判定年度	年 度											
	決定年月日	年 月 日											
	交付年月日	年 月 日											

本人確認書類	※顔写真のないものは2点以上で確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付きの本人確認書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考欄	
--------	---	-----	--

注意事項（重要なお知らせ）

- ・資格発生日（出生日・転入日等）の翌日から起算して**14日以内**に必要書類を添付して申請をした場合は、**資格発生日からの認定**となります。
- ・不備書類がある場合は、案内日（申請書上方に記載）から**2か月以内**に**不備書類を申請書と一緒に提出**してください。
- ・案内日から2か月を過ぎると、**申請日からの認定**となります。**申請日以前に医療機関の受診がある場合は医療費助成の対象外**となる場合がありますので **ご注意ください**。

※2023年（令和5年）10月1日から所得制限がなくなりましたが、所得制限がなくなる前の資格発生日にさかのぼる場合は、所得制限により却下となる場合があります。

（例）申請の時点で全ての提出書類が整っている場合



～記入漏れや足りないものはありませんか？～

- 電話番号は記入してありますか？
- 子どもの健康保険の情報を証明するもの（資格確認書のコピー等）はついていますか？
- 同意書はついていますか？（判定年度1月1日の住所が福山市外の場合のみ）
- その他（ ）

！！ご注意ください！！

この申請書を紛失した場合は、資格発生日又は案内日からの認定ができない場合がありますので、ご注意ください。

★お問合せは、申請手続きをされた次のところへ

ネウボラ推進課	Tel.084-928-1070	松永保健福祉課	Tel.084-930-0410	北部保健福祉課	Tel.084-976-8803
東部保健福祉課	Tel.084-940-2572	神辺保健福祉課	Tel.084-962-5005	内海支所	Tel.084-986-3111
新市支所	Tel.0847-52-5515	沼隈支所	Tel.084-980-7704	鞆支所	Tel.084-982-2660
芦田支所	Tel.084-958-2511	加茂支所	Tel.084-972-3111	水呑分室	Tel.084-956-1011
熊野分室	Tel.084-959-1236	山野分所	Tel.084-974-2001		