

子ども医療費受給資格認定（更新）申請書

福山市長様

次のとおり、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。



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		
申請者 (保護者)	フリガナ											個人番号		
	名 前											生年月日	年 月 日	
												電話番号	- -	
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名												
	昨年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名												
一昨年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名													
配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	フリガナ											個人番号		
	名 前											生年月日	年 月 日	
												電話番号	- -	
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名												
	昨年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名												
一昨年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市外 () ※市区町村名まで <input type="checkbox"/> 国外 () ※国名													
こども	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)										※保護者又は配偶者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (備考欄に住所を記入)		
	加入 健康 保 険 中	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	
		フリガナ											・こどもからみた続柄 ()	
		被保険者名											・生年月日 (年 月 日)	
		保険者番号											・住所	
保険者名														
保険種別	国保・協会・組合・共済・その他 ()													
※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:)														
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 ()		
申請者(記入者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (名前: 生年月日: 続柄: 電話番号:)													

添付書類		
必要書類	依頼日	確認日
<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険の情報を証明するもののコピー(資格確認書等)	/	/
<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"/> その他 ()	備考欄		受付者	
--------	--	-----	--	-----	--