

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

当別町長様

保護者 住所

電話 (—)

氏名

子ども医療費の資格認定を受けたいので申請します。

当該医療費受給者証の交付及び医療費の助成にあたり、今後発生する私及び私の世帯員の公簿等の閲覧について同意し、調査されることに異議ありません。

保護者氏名

受給資格者	氏名	フリガナ									
	生年月日	年 月 日									
	性別	男 ・ 女									
健康保険	種別	協・組・船・共・国	記号番号	記号	番号						
	保険者名称										
	所在地				保険者番号						
認定期間	年 月 日			受給者番号							
所得状況	所讓渡所得	有 ・ 無		扶養親族等及び児童数	人						
				うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数	人						
	控除	雑損控除額	円	医療費控除額	円						
		小規模企業共済等掛金控除額	円	障害者控除額	人 円						
		老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円	児童手当法施行令第3条第1項による控除額	円						
		年所得額	円	控除後の所得額	円						
況	所得制限限度額	円	受給者資格判定	該当 ・ 非該当							

子ども医療費受給資格認定申請書

記入日

年 月 日

当別町長様

父または母

保護者 住所 当別町〇〇町〇-△△
 電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
 氏名 当別 太郎

子ども医療費の資格認定を受けたいので申請します。

当該医療費受給者証の交付及び医療費の助成にあたり、今後発生する私及 **同じ方** 帯員の公簿等の閲覧について同意し、調査されることに異議ありません。

保護者氏名 当別 太郎

受給資格者	氏名	フリガナ トウベツ ハナコ	
		当別 花子	お子さん
	生年月日	〇年 〇月 〇日	
性別	男 ・ 女		
健康保険	種別	協・組・船・共・国	記号番号 〇〇 番号 〇〇
	保険者名称	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	所在地	保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
認定期間	協:協会けんぽ 国:国保 組:組合健保 共:共済組合 船:船員保険		
所得状況	所得制限	有 ・ 無	うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数 人
	雑損控除額	円	医療費控除額 円
	小規模企業共済等掛金控除額	円	障害者控除額 人 円
	高齢者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円	児童手当法施行令第3条第1項による控除額 円
	年所得額	円	控除後の所得額 円
	所得制限限度額	円	受給者資格判定 該当 ・ 非該当