

記入例

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書

受給者番号				資格認定年月日			
				申請事由			
受給者	フリガナ			住所	田布施町		
	氏名	(お子さんの名前) <small>生年月日→令和〇年〇月〇日生</small>					
保護者	フリガナ			住所	※お子さんと同じ住所にお住まいの場合「同上」		
	氏名	(親の名前) <small>受給者との続き柄((例) 父)</small>					
生計維持者	フリガナ			住所			
	氏名	<small>受給者との続き柄()</small>					
医療保険	保険種別			氏名	記号	番号	
	保険者名	保険者番号		所在地			付加給付の有無
所得の状況	<small>※乳幼児医療に限る</small> 年分 所得額 円		所得区分	<input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者	扶養親族等及び児童の人数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	人 (人)	児童手当の受給の有無
年 月 日 申請者 住所 田布施町 田布施町長殿 氏名 (申請書 提出者) TEL()							
所得の状況	年分 所得額 円	審査欄	控除後の所得 円	所得」制限限度額 円	判定 可・否	備考欄	

(裏 面)

乳幼児及び子ども医療費受給資格の認定又は更新にあたっての同意事項

- 1 乳幼児及び子ども医療費受給資格の認定又は更新要件確認のため、申請者(受給者)の所得状況を調査すること。
- 2 医療の給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金の確認のため、被保険者の世帯の課税の状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。
- 4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けた場合、町の過払い相当額を町に返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。
- 6 申請者及び被保険者が田布施町子ども医療費助成要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で町長が必要と認めるものを提示してください。