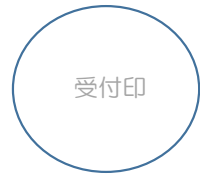


子ども医療費受給資格認定（更新）申請書



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、所得等審査項目に係る調査及び更新時の所得調査にも同意します。

案内日	年 月 日	担当	
※ この日から2か月以内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、裏面を御覧ください。			

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	受給資格発生日	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	ひとり養育	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											配偶者電話番号	— —	
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)										※保護者と同居 別居 (備考欄に住所を記入)		
	加入している	保険者番号											※被保険者が保護者と異なる場合は記入してください。	
		記号番号	記号・番号										枝番	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														
	保険加入日	年 月 日												
所得判定年度1月1日の住所	保護者	<input type="checkbox"/> 福山市内 <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"/> 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"/> お子様の健康保険証のコピー
<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	
--------	---	-----	--

