

登録	証	扶養	所得	保険

受給者番号

乳幼児等・こども医療費受給者証交付・更新申請書

受給者	氏名	フリガナ ----- 生年月日	平成 令和	年	月	日	判定	被保険者との続柄	受給者証交付事由発生日	
	住所	神崎郡福崎町	個人番号						令和 年 月 日	
保護者（又は扶養義務者）	氏名	フリガナ ----- 生年月日	昭和 平成	年	月	日		受給者との続柄	受給者証交付年月日	
	住所	神崎郡福崎町	個人番号						令和 年 月 日	
	18歳未満の扶養親族	氏名（0歳～18歳）	生年月日	続柄	個人番号			前年所得額	加入医療保険情報	添付書類
			平成 令和	年	月	日		市町村民税の所得割額		保険証（写し）
			平成 令和	年	月	日		扶養人数		判定
		平成 令和	年	月	日					
保護者（又は扶養義務者）	氏名	フリガナ ----- 生年月日	昭和 平成	年	月	日		受給者との続柄	令和 年 月 日	
	住所	神崎郡福崎町	個人番号						被保険者氏名	
	18歳未満の扶養親族	氏名（0歳～18歳）	生年月日	続柄	個人番号			前年所得額	住所	
			平成 令和	年	月	日		市町村民税の所得割額	資格取得日	
			平成 令和	年	月	日		扶養人数	判定	
		平成 令和	年	月	日					
申請者	<p>上記のとおり、乳幼児等・こども医療費受給者証の交付・更新を申請します。 なお、資格判定については、今後乳幼児等・こども医療費受給対象者である間税務情報による保護者または扶養義務者の所得等の調査を承諾します。 また、当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費等に該当する額がある場合は、その受領は公費負担者である福崎町に委任します。 なお、高額療養費等について、福崎町が受給者の加入する保険者から、被保険者情報及び給付情報を得ることに同意します。</p>									
	兵庫県神崎郡福崎町長 様			(住所) 神崎郡福崎町			令和 年 月 日			
				(氏名)			TEL ()			

課長・参事・副課長・課長補佐・係長・係