様式第１号（その１）（第４条関係）

こども福祉医療費受給資格者証交付申請書（認定・更新）

大台町長　様

大台町福祉医療費の助成に関する条例第４条第１項（第２項）の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 太枠の中のみ記入してください。 | 申請日 | 年　　　　月　　　　日 |
| （保護者）申請者 | 住所 | 大台町 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 健康保険の加入状況等の医療費助成に関する必要な情報（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| こども | かな |  | 生年月日 | 平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| かな |  | 生年月日 | 平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| かな |  | 生年月日 | 平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| 健康保険 | 記号・番号 |  | 被保険者名 |  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 | 支店　　　　　　　　出張所 | 種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 名義（カナ） |  |

【添付書類】

　・加入している健康保険の情報が分かるもの（資格確認書、資格情報のお知らせなど）

　・1月1日に住民登録されていた市町村発行の所得課税証明書（保護者）

　　※1月1日に大台町に住民登録されている場合は不要

　・振込先が分かるもの（通帳など）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  | 決裁 | 課長 | 係長 | 係 |
| 理由発生日 |  |  |  |  |
| システム入力 |  |
| 証交付日 |  |

保護者情報

※大台町に住所登録されている方はマイナンバー不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | ふりがな・氏名 | 続柄 | 生年月日・個人番号 |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） | □現在と同じ |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） |  □現在と同じ |