

第2号様式（第7条第2項）

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

栄町長

様

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

(保護者) 個人番号

電話番号

(子どもとの続柄)

子ども医療費の助成金の受給資格認定を受けたいので、栄町子ども医療費の助成に関する規則第7条第2項の規定により、次のとおり申請します。

子 ど も	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年齢・学年	歳・小/中学校第 学年	歳・小/中学校第 学年	歳・小/中学校第 学年	
	性別	男・女	男・女	男・女	
加 入 医 療 保 険	資格取得年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の組合 5 その他			
	被 保 険 者 氏 名				
記 号 番 号	記 号		番 号		
子 ど も 以 外 の 世 帯 員	氏 名	個人番号	子どもとの続柄	生年月日	性別
				年 月 日	男・女
				年 月 日	男・女
				年 月 日	男・女
				年 月 日	男・女
				年 月 日	男・女
<p>子ども医療自己負担金の額を決定するため、助成対象者の属する世帯の当該年度分（4月1日から6月末日までの期間の申請にあつては、前年度分）の市町村民税の課税状況又は生活保護法の適用を受ける被保護世帯等の確認が必要となりますので、次のいずれか希望される方法を選択し、□にレ印を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該年度分の市町村民税の課税状況を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護法に基づく被保護者等である旨を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私達は、子ども医療自己負担金の額の決定に当たり、栄町が保有する私達の町税の課税状況又は生活保護等に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。 （ 年度から満15歳に達した日以後の最初の3月31日まで） （※以下に、自署又は記名押印してください。）</p> <p style="text-align: center;">印 <span style="float: right;">印</span></p>					

注 この申請書には、被保険者証、組合員証又は加入者証の写しを添付してください。