

子どもの医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

志賀町長 宛て

〒

(申請者) 住 所 志賀町

氏 名

子どもの医療費助成受給資格の認定を受けたいので、申請します。

子ども	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所			性 別	男 ・ 女	就学による 町外対象 者 <input type="checkbox"/>
	資格取得 年月日	年 月 日		受給資格者 番 号		
保護者	氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		個人番号		
	子どもとの続柄			電話番号	— —	
	配偶者	氏 名			住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
個人番号						
加入保険	記号番号			被保険者氏名		
	保険者番号					
	保険者名					
振 込 口 座	金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 支所 出張所	口座種目	1 普通 2 当座 3 その他
		店舗コード		口座番号		
	口座名義 (保護者名義)	<カタカナで記入>				

※志賀町に住所を有する保護者の被扶養者であって、就学のために転出し、その転出先において医療費助成の対象とならない場合に申請するときは、就学を証明する書類(在学証明書、学生証の写しなど)を添付すること。

同意欄	子ども医療費助成の受給資格認定のため、町長が世帯全員の税情報その他必要な事項について調査することに同意します。 年 月 日 氏名(申請者)
-----	--

※町処理欄

番号確認	個人番号カード・システム・個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書・( )
身元確認	いずれか 1点 個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・身体障害者手帳・精神障害者 保健福祉手帳・療育手帳・在留カード・特別永住者証明書・( )
	いずれか 2点 保険証・国民年金手帳・児童扶養手当証書または特別児童扶養手当証書・( )
所得確認	<input type="checkbox"/> 未就学児:所得確認必要 税情報有・税情報無→ <input type="checkbox"/> 所得確認(1~9月分は前年度)
	<input type="checkbox"/> 就学児:所得確認不要
添付書類	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 通帳又はカード <input type="checkbox"/> その他( )