

福祉医療費受給者証（子ども用）交付申請書

下記のとおり福祉医療費受給者証（子ども用）の交付を申請します。なお、申請にあたり添付すべき税の証明に代えて、貴課職員が課税台帳を閲覧することを承認します。また下記の者は、防府市が防府市子ども医療費助成要綱第4条に基づく事務処理を処理するために限り、地方税・保険給付関係情報について取得することについて同意します。

高額療養費及び付加給付が発生した場合、その請求・受領の権限を市長に委任します。また、高額療養費及び付加給付を保険者から受領した場合は、相当額を市長に返還します。

太枠内の必要事項を記入ください。

申請年月日	年	月	日	受給者証記号番号	—	
申請者氏名			電話番号	児童との続柄		
				1. 父 2. 母 3. その他（ ）		
児童氏名		児童生年月日		児童住所		
所得制限対象者	続柄	父		母		
	フリガナ					
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 同上		<input type="checkbox"/> 同上		
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	都・道 府・県	市・区 町・村	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	都・道 府・県
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	都・道 府・県	市・区 町・村	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	都・道 府・県
	生年月日					
	個人番号					

同意する者が自ら署名すること。代理人が署名する場合、本人から委任状をとること。

お子様の資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピーをここに貼り付けてください。

（ / 付転入・出生・ ）		祝
父		母
税額	税額	
<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 退職	
<input type="checkbox"/> 他市受給者証（県・市）	<input type="checkbox"/> 特例	
受付		判定
<input type="checkbox"/> 保険情報	<input type="checkbox"/> 認定	
<input type="checkbox"/> 所得確認（父・母）	<input type="checkbox"/> 不認定	
<input type="checkbox"/> 個人番号（父・母）	<input type="checkbox"/> 保留	
<input type="checkbox"/> 申立書	追加書類	
（ ）	（ ）	
<input type="checkbox"/> 非課税世帯（助産 有・無）	<input type="checkbox"/> 郵送	
認定年月日		
交付年月日		
受付者	受付日	入力者

父宛名番号		児童宛名番号	
母宛名番号		申請者勤務先	

補・単	保険者名：	記号：	資格取得日： . .
	保険者番号：	番号：	本人・家族の別： 本人 ・ 家族