様式第１号

(表)

子どもの医療費受給資格認定申請書

年　　月　　日

　鳥栖市福祉事務所長　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 申請者(保護者) | 住所 | 電話番号　　　　　　 |
| 氏名 | (子どもとの続柄　　　　　) |

　子どもの医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子どもの医療費受給資格の認定を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | ふりがな | 　 | 男・女 | 生年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医療保険 | 保険種別 | 国保　・　組合健保　・　協会健保　・　共済組合　・　その他 |
| 被保険者証の記号・番号 | 　 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 被保険者名 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 備考 | 　 |

(裏)

|  |
| --- |
| 同意書　高額療養費の自己負担限度額が所得と市町村民税課税状況によって異なるため、高額療養費に該当するか否かの確認が必要な場合、保護者の所得及び市町村民税課税状況の調査並びに保険者に対し高額療養費の支給状況を確認することに同意します。　また、国民健康保険に加入している場合、資格の得喪状況並びに国民健康保険被保険者証の記号及び番号について公簿で確認することに同意します。申請者(保護者)　　　　　　　　　　　　　　　 |

　同意書に同意されない場合は、保護者の所得及び市町村民税課税状況を証明する書類を提出していただくことがあります。