

四 日 市 市 長

下記のとおり子ども医療費受給資格の認定を受けたく申請します。また、この認定に際し、私及び世帯を同一にする世帯員、私の加入する医療保険の被保険者の所得・課税状況、住所要件等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。

申請者 (保護者)	ふりがな											住所	四日市市	電 話 :	被保険者に <input checked="" type="checkbox"/>			
	氏 名	(子どもからみた続柄 : )																
	個人番号																	
	生年月日	昭和・平成					年	月	日									
子ども	ふりがな											住所		□申請者と同じ				
	氏 名																	
	個人番号																	
	生年月日	平成・令和					年	月	日	性別	男・女							
申請者以外の 保護者	ふりがな											住所		□申請者と同じ □子どもと同じ				
	氏 名	(子どもからみた続柄 : )																
	個人番号																	
	生年月日	昭和・平成					年	月	日									
加入 医療 保 険	□添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり ※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの												被 保 険 者	上記以外の方が被保険者の場合、記入してください。				
	□個人番号による確認を希望する													ふりがな				
	保険の種類	□国民健康保険   □国民健康保険組合   □健康保険（社保） □共済組合（公務員など）   □その他												氏名	(子どもからみた続柄 : )			
														生年月日	昭和・平成 年 月 日			
													住所					
振込口座	銀行	支店			普通	店番号			ふりがな									
	金庫	支所				口座番号			口座名義人									
													農協		出張所			

<届出の際に必要なもの>

☐保護者名義の通帳

☐同意書（前年または本年の1月1日に保護者が市外に在住していた場合）

<申請期限>

出生による申請→出生日から一か月以内

転入による申請→転入日から一か月以内

四日市市処理欄（この欄は記入しないでください）

資格取得日		・児童手当の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 市外で受給中 <input type="checkbox"/> 公務員	受付印	受付者
住民番号				
受給者番号				
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送	記入者本人確認		

※口座名義人は保護者に限ります。