

23-04

## 子ども医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

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 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 <input type="checkbox"/>	
	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 電 話 :	□申請者と同じ <input type="checkbox"/> □子どもと同じ <input 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					
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。  ふりがな 氏名 (子どもからみた続柄 : ) 生年月日 昭和・平成 年 月 日 住所	
	□個人番号による確認を希望する						
	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				
振込口座	銀行 金庫 農協	支店 支所 出張所	普通	店番号 口座番号	ふりがな 口座名義人		

&lt;届出の際に必要なもの&gt;

- 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	□窓口交付	□郵送	記入者本人確認		

※口座名義人は保護者に限ります。

こども手当・医療給付課