様式第1号（第3条、第5条関係）

こども医療費受給者資格・更新申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **太枠の中を記入してください。** | 申請日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 大崎上島町長　様　次のとおり、大崎上島町こども医療費支給条例の規定による受給資格の認定を申請します。なお、受給資格の認定及び更新に関して、次の事項に同意します。1. 町民税課税台帳その他の公簿により所得額その他の審査項目に係る確認を行うこと。
2. 町長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認すること。
 |
| 申請者保護者() | 氏名 | (ふりがな) | 申請者の生年月日 |
|  | 　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |
|  |
|  |  |  |  |
| こども | 氏名 | (ふりがな) | こどもの生年月日 |
|  | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒大崎上島町 | 電話番号 |
|  |
| 個人番号記入欄※昨年度１月１日に大崎上島町に住所を有していない６歳未満のこどもの保護者のみ記入してください |

* 以下の欄には記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要書類 | 1. こどもの保険証　　　□ 済　・　□ 提出依頼済
 | 受　付 |
| 以下、６歳未満のこどもの保護者のみ必要1. 個人番号の記入　　　□ 済

（転入または住所地が町外の保護者）1. パスポートのコピー　□ 済

（留学生を除く住所地が海外の保護者） |
| 年度 | 判定所得額 |  | 基準限度額 |  | 審査結果 | 認定 ・ 却下 |