

医療費助成申請書 (乳幼児等・子ども)

加古川市長 様

年 月 日

医療費助成の受給認定(更新を含む。)に関して、世帯状況や保護者及び扶養義務者の所得状況を調査(個人番号制度による情報連携によるものを含む。)することに同意し、加古川市医療の助成に関する条例第5条の規定により、医療費の助成を申請します。

※太枠内を記入してください

申請者兼同意者(1)者	氏名	(フリガナ)	対象者との続柄	電 話 番 号
	★	年 月 日生	個人番号	— —
	住所	加古川市		
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外→	都 道 府 県 市 区 町 村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 →
同意者(保護者2)	氏名	(フリガナ)	対象者との続柄	電 話 番 号
	★	年 月 日生	個人番号	— —
	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ		
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都 道 府 県 市 区 町 村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 →
扶養義務者	氏名	(フリガナ)	対象者との続柄	電 話 番 号
	★	年 月 日生	個人番号	— —
	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ		
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都 道 府 県 市 区 町 村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 →
※保護者に収入が無い場合は、同世帯の直系血族及び兄弟姉妹または税及び健康保険で対象者を扶養している方を記入してください。				
加古川市の国民健康保険に加入の場合は、以下に世帯主名を記入してください。				
当事業において、公費負担した額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を加古川市に委任します。また、加古川市が保険者から被保険者情報及び給付情報等を得ること及び必要な際に受給者の情報を保険者に提供することに同意します。				
世帯主名				

対象者①	氏名	(フリガナ)	個人番号	— —	受給者番号
		年 月 日生	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ	対象者コード
対象者②	氏名	(フリガナ)	個人番号	— —	受給者番号
		年 月 日生	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ	対象者コード
対象者③	氏名	(フリガナ)	個人番号	— —	受給者番号
		年 月 日生	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ	対象者コード
対象者④	氏名	(フリガナ)	個人番号	— —	受給者番号
		年 月 日生	住所	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ	対象者コード
加入医療保険		添付または保険情報欄のとおり(対象者全員の健康保険情報の確認ができるものの写しを裏面に添付)			

※マイナ保険証で申請をする方は、保険情報を記入してください。(太枠内は必須)

保険情報	被保険者	<input type="checkbox"/> 保護者1に同じ <input type="checkbox"/> 保護者2に同じ <input type="checkbox"/> その他		保険者名称	加古川市国民健康保険	
				記号	番号	
	対象者①	資格取得日	年 月 日	センター等受付印		担当課受付印
	対象者②		年 月 日			
	対象者③		年 月 日			
対象者④		年 月 日				
★・所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望される場合は、同意者自らが署名を行ってください。 ・住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記載してください。						
事務処理欄	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他()		本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	
	資格始期	年 月 日		番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()	
	資格終期	年 月 日		備考	乳幼児 人	
	負担区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得(/)			子ども 人	
県市区分	<input type="checkbox"/> 県費 <input type="checkbox"/> 市費 <input type="checkbox"/> 県費(0才)				確認	

貼り付け欄（対象者全員の健康保険情報の確認ができるもののコピーを貼り付けてください）

対象者①

対象者②

対象者③

対象者④

以下事務処理欄

所得状況	保護者 1	保護者 2	扶養義務者
コード	①	②	③
所得判定基準額			
<判定基準> 所得判定基準額の合計が23万5千円未満			
世帯合算額			
<低所得判定基準> 年金収入を加えた所得が82万6,500円以下			
年金収入	①	②	③
合計所得金額 (年金所得除く)	①	②	③
年金収入 + 合計所得金額 (年金所得除く)	①	②	③