



子ども医療費受給資格申請書

※太枠内のみ記入してください。

東広島市長様
 次のとおり、東広島市子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、私及び私が属する世帯の世帯員は、次の事項に同意します。
 (1) 市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) 東広島市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及び加入保険情報を確認すること。

資格 申請日	令和 年 月 日	申請事由	新規					更新	
			<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> () 歳到達	
申請者 (生計中心者)	氏名	(フリガナ)					生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	個人番号						電話番号	() -	
	住所	(本年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外						電話番号	
		(昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外							
(一昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外									
配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名	(フリガナ)					生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	個人番号						電話番号	() -	
	住所	※ 申請者と異なる場合のみ記載してください。 (本年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外						電話番号	
		(昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外							
(一昨年1月1日現在の住所) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 東広島市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 国外									
子ども	氏名	(フリガナ)					生年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別居しており、配偶者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (東広島市)							
子どもの 加入保険	保険者番号 (右づめ)			記号		番号		(枝番)	
	資格取得年月日 (認定年月日)			被保険者氏名 (申請者と異なる場合のみ記載してください。)					
	平成 令和 年 月 日			【子どもの続柄】		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
児童手当 支給者	<input type="checkbox"/> 東広島市 <input type="checkbox"/> 他市区町村 <input type="checkbox"/> 勤務先 (公務員)			児童手当 受給者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()				

注 該当する項目の□欄を■に塗りつぶしてください。

証有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	受給者番号					
年齢区分	未就学児 ・ 就学児	決定年月日	令和 年 月 日				
審査結果	県制度 ・ 市制度	その他					
所得判定 年度	令和 年度						
控除後 所得額	円 限度額 円						