

別記様式第1号（第3条及び第5条関係）
こども医療受給者資格認定申請書・更新申請書

府中市長様

年 月 日

本人確認			
身分証	写真有	本人	免・マ・パ・他()
	写真無	確認証	資・ひ医・他()

次のとおりこども医療の受給資格の認定を（申請・更新申請）します。
資格の認定（申請・更新申請）の審査のため、公簿等により所得等審査項目に係る調査を行うことに同意します。また、府中市長が必要と認める場合は、地方税関係情報及び加入保険情報をマイナンバー制度による情報連携を利用して確認することに同意します。（更新時も含む。）
なお、配偶者及び対象児童についてもこれらの内容を確認することについて同意を得ています。

加入保険の状況		
保険の種類	1国保 2組合 3協会けんぽ 4日雇 5船員 6共済	
被保険者等氏名		
申請者との続柄		
被保険者記号番号	記号	
	番号	
保険者名		

申請者	(ふりがな)		住所 府中市	
	氏名		TEL	
	個人番号()			
	性別	男・女	生年月日	・ ・
	配偶者の有無		有 ・ 無	

配偶者	(ふりがな)	続柄	生年月日	同居別居の別	住 所
	氏名		・ ・	同居・別居	※別居の場合は住所を記入
対象の子ども	(ふりがな)	続柄	生年月日	同居別居の別	住 所
	氏名		・ ・	同居・別居	※別居の場合は住所を記入
	個人番号()				

※府中市以外に 年1月1日以前に住所を有していた場合に記入
府中市こども医療費支給条例第4条第1項に基づく事務手続きを処理するために限り、確認することが必要な地方税関係情報が本市以外にある場合は、市長が他の行政機関から地方税関係情報を取得することに同意します。

氏名（署名） () 年1月1日の住所

申請の理由等 1 出生のため 2 転入してきたため (年 月 日) 3 保護者変更のため (年 月 日) 4 その他 ()

※は記入しないでください。

		受給者番号		有効期間	
※市審査欄	交付年月日	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	
	所得判定年度	控除後所得額	限度額	年齢区分	審査区分
	年度			未就学児 ・ 就学児	県制度 ・ 市制度
	児童手当	☐ 申請中 ☐ 受給中 ☐ 公務員 ☐ 未受給		児童手当受給者	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()