

こども医療受給者資格認定申請書・更新申請書

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

府中市長 様

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。
 また、所得等審査項目に係る調査に同意します。（更新時も含む。）なお、
 配偶者についてもこれらの内容を調査することについて同意を得ています。

年 月 日

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	
	氏名		府中市	
	個人番号()		TEL	
	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。

※市審査欄	交付年月日	年 月 日	受給者番号	有効期間	控除後の所得額	
	年分			年 月 日から 年 月 日まで	㊦	
	所得の合計額	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障 人・特障 人	寡婦・寡夫 勤労学生控除額
	円	円	円	円	円	円
	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

80,000