

記入例

様式第1号(第6条関係)

高校生世代用

赤枠の中を記入例の様にご記入ください。なお、対象児童の健康保険証(コピー可)が必要です。...

乳幼児

今回新たに児童医療費を申請される対象児童の氏名、性別、生年月日、住所をご記入ください。...

再交付認定変更更新

対象者 section containing fields for name (伊野 花子), gender (女), birth date (20年 3月 31日), and address (いの町1700-1).

保護者 section containing fields for name (伊野 太郎), birth date (S56.1.1), and relationship (父).

加入医療保険 section containing fields for insured name (伊野 太郎), insurance type (協会けんぽ), and insurance number (1111111 222).

主たる生計維持者 section with a note: 主たる生計維持者(保護者のうち所得の高い方)の情報をご記入ください。...

Medical fee recipient section with fields for name (伊野 太郎) and address (いの町1700-1).

なお、申請にあたり次の事項について同意します。

- 1. 課税担当課長が保管している課税台帳等により私(世帯)の税額等について福祉医療担当課長が確認する。
2. 乳幼児医療については、対象者が小学校に就学するまでの間、課税担当課長が保管し私(世帯)の税額等について福祉医療担当課長が確認する。
3. 乳幼児・児童医療については、児童手当の受給状況等について福祉医療担当課長が確認する。
4. 福祉医療費に係る高額療養費が生じた場合、高額療養費の照会等について一切の権限をいの町長に委任します。

令和6年 3月 1日

Applicant information section containing fields for name (伊野 太郎), address (いの町1700-1), and phone number (090-1234-5678).

①(乳幼児・児童医療のみ)原則として、保護者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。
②その年の1月1日(障害・高齢障害については6月30日、乳幼児については9月30日までは前年の1月1日)に住所がいの町に無い方は、転入前の住所地で世帯全員(児童は除く。)の所得課税証明書(所得・控除・課税額、扶養人数の記載あり)を添付してください。
(注) 加入医療保険の被保険者証及び身体障害者手帳又は療育手帳を同時にお示しください。