

※処理確認欄

様式第1号(第6条関係)

(乳幼児障害高齢障害) 医療費受給者資格 (再交付認定変更更新) 申請書				*公費負担番号		
				*受給者番号		
対象者	フリガナ		第何子	生年月日		
	氏名		男女	大・昭・平・令		
	個人番号		子	年 月 日		
	住所	いの町				
◎保護者 (主たる生計維持者) ◎配偶者等	氏名	生年月日	続柄	個人番号		
加入医療保険	被保険者氏名					
	保険種別	協会けんぽ・健組・船・共・国・国組・後期高齢				
	被保険者証の記号番号					
	保険者名		いの町			
			高知県後期高齢者医療広域連合			
		健康保険組合				
	全国健康保険協会 支部					
変更の場合	変更する項目	変更後	変更前			
上記のとおり (乳幼児障害高齢障害) 医療費受給者資格 (再交付認定変更更新) の申請をします。						
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こと。 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こと。 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こと。 4.福祉医療費に係る高額療養費が生じた場合、高額療養費の支給申請・受領及び内容の照会等について一切の権限をいの町長に委任します。						
年 月 日						
申請者住所 _____						
氏名 _____ 電話番号 _____						
◎(令和 年1月1日の住所)						
いの町長 様						

◎ (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。乳幼児・児童医療の更新については、この認定申請書をもって更新申請がなされたものとみなします。

◎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。