

石狩市子ども医療費受給者認定申請書

令和 年 月 日

石狩市長 様

申請者(保護者)

住 所	石狩市
ふりがな氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日
個人番号	*****
電話番号	()
受給者との続柄	父・母・()

下記のとおり、子ども医療費受給者の認定を申請します。

記

○太枠の中を記入してください。

子ども(受給者)	受給者番号			
	ふりがな氏名			
	生年月日	平・令 年 月 日 (歳)	平・令 年 月 日 (歳)	平・令 年 月 日 (歳)
	個人番号	*****	*****	*****
健康保険	種 別	1 協会 2 組合 3 日雇 4 共済 5 国保 6 国組 7 船員	被保険者(世帯主) 氏名 個人番号	
	記号・番号等		資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日
	保険者番号			
	保険者名称			
備考				

裏面も記入してください。

認定年月日	令和 年 月 日	区 分	(通院+入院)・(入院のみ)		
認定理由	1 出生 2 転入 3 ひとり親等喪失 4 その他 ()	受給者証交付	窓口・郵送 (月 日発送)		
令和 年 月 日 上記のとおり認定する。	決 裁	課 長	主 査	担 当	受付年月日

※ 消せる筆記具(フリクションペン等)は使用不可です。

申請方法 本人確認	来庁(本人・)・郵送 ↳ 市民課・マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・パスポート・
--------------	---

同意書

令和 年 月 日

石狩市長 様

私は、受給資格を喪失するまで、下記内容について同意いたします。

● 申請者（保護者）

住 所	
氏 名	印 （ご本人の署名・押印が必要です）

● 申請者（保護者）の配偶者

住 所	
氏 名	印 （ご本人の署名・押印が必要です）

● 被保険者（申請者・配偶者以外の方が被保険者の場合に記入してください）

住 所	
氏 名	印 （ご本人の署名・押印が必要です）

記

- 1 子ども医療費助成事務に係る認定審査等のため、住民票、戸籍、健康保険資格の状況等の調査照会をすること。
- 2 受給者の認定（期間満了後において継続する場合を含む。）にあたって、私及び私の属する世帯の世帯主及び私の属する世帯の世帯員の所得等の地方税関係情報を確認するため、必要な公簿等を閲覧し、又は官公署に照会すること。
- 3 高額療養費の申請等のため、世帯員の所得課税証明書を税務担当より徴し、加入している健康保険者へ提出すること。
- 4 高額療養費算定のため、支給された高額療養費の診療点数等内訳を加入している健康保険者へ照会すること。

(注)

- ・ 同意する者が自ら署名・押印してください。
- ・ 消せる筆記具（鉛筆、フリクションペン等）以外で記入してください。