

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

別府市長 あて

子ども医療費受給資格の登録を申請します。
 子どもに係る医療費の助成のため、私及び子ども並びに同一世帯員の住民情報、住民税情報、保険給付の支払情報等を、別府市が公簿等により確認することに同意します。
 また、高額療養費、高額介護合算療養費又は保険者が定める附加給付の受給により、別府市が行う子どもに係る医療費の助成に過払いが生じた場合は、当該過払い相当額を別府市に支払います。

助成対象者(保護者)	住所	別府市		
	氏名			
	電話番号	—	—	子どもとの続柄 父・母 その他 ()

子ども	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日	性別	男・女
	住所	※助成対象者(保護者)と異なる場合のみ記入		

加入医療保険(子どもの保険証(コピー)を貼付)	申請の種類
	<input type="checkbox"/> 未就学児 市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税世帯小中学生 非市町村民税 <input type="checkbox"/> 非課税世帯小中学生 (裏面も記入してください) <input type="checkbox"/> 高校生等
備考	

※市使用欄

<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 小中(課税) <input type="checkbox"/> 小中(非課税) <input type="checkbox"/> 高校生等	<input type="checkbox"/> 国保反映後		<input type="checkbox"/> 郵送		受付
	<input type="checkbox"/> 住基反映後		. .		
	児手	CP	保健	入力	受給資格者番号
	済・公	済・無	済・無		

※市町村民税非課税世帯の小中学生の通院に係る申請の場合のみ

子ども、保護者及び同じ世帯の人

氏名	生年月日	続柄	個人番号																	
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		
	・	・																		

上記のうち、1月1日現在の住所が対象の子どもの現住所と異なる方

氏名	1月1日現在の住所

※市使用欄

世帯状況						小中学生有効期限	
父	母	同居者				自	・
<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	続柄 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	続柄 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	続柄 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	続柄 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税		
世帯情報	所得情報	保険情報	その他	本人確認		有効期限	
済・無	済・無	済・無	済・無	1点	2点		
				免・在・個 旅・障	保・年・他		