

様式第1号(第3条関係)

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 上野口町△番〇号 別府マンション101号
氏名: 別府 市郎
電話番号: 080 - 1234 - 5678
子どもの続柄: 父・母

子ども
フリガナ: ヘップ イズミ
氏名: 別府 泉
生年月日: 平成22年3月4日
性別: 男・女
住所: ※助成対象者(申請者)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
[ ] 未就学児
[ ] 市町村民税 課税世帯小中学生
[x] 市町村民税 非課税世帯小中学生 (裏面もご記入ください)
[ ] 高校生等
備考: お子さまの保険証のコピー必ず貼付してください。 チェックを入れてください。

※市使用欄

出生 転入 小中(課税) 小中(非課税) 高校生等
国保反映後 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											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
別府 市郎	S60・7・8	父	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
別府 花子	S60・9・10	母	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
別府 八郎	S34・5・6	祖父	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
別府 湯子	S35・6・7	祖母	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
別府 温	H16・7・18	兄	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
別府 泉	H22・3・4	本人	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7
別府 海	H24・5・6	弟	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	・													

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
別府 花子	大分県大分市●●町△番△号

1月1日現在の住所がお子さまと異なる方のみご記入ください。

窓口にお持ちください。

- ・マイナンバーがわかるもの（マイナンバーカード、通知カード、マイナンバー入り住民票など）
- ・ご本人様確認書類  
顔写真入り（運転免許証、マイナンバーカードなど）1点  
顔写真なし（健康保険証、年金手帳など）2点