

身元確認	写真付(1つ)	<input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
	写真無(2つ)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 個人番号記載了承済		

受付者【 】

※太枠内をご記入ください。

(様式第1)

八代市子ども医療費受給資格者証交付申請書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 受給者	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 修正済 <input type="checkbox"/> 再発行済 <input type="checkbox"/> 送付(要)
-----------------------------	---	---

年 月 日

(あて先) 八代市長

住所 八代市
申請者 氏名
子どもとの続柄 1.父 2.母 3.その他()

*受給資格者(申請者)の同一世帯以外の方が窓口に来られる場合は、委任状が必要です。

新規申請の場合と、保険・受給者の変更の場合は個人番号の記載が必要となります。

下記のとおり、申請書を提出します。なお、受給資格審査・認定のため所得状況等について現有公簿で確認することに同意します。

受給対象 (子ども)	子どもの氏名	個人番号	性別	生年月日
			男・女	平令 年 月 日
	子どもの住所 八代市			
受給資格者 (保護者)	受給資格者の氏名	個人番号	性別	生年月日
			男・女	昭平 年 月 日
	受給資格者の住所地 ※子どもと別居の場合住所地を記入(八代市内在住である必要があります)			子どもとの続柄
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 市内別居(八代市)				
<input type="checkbox"/> 子ども本人: 勤労者・婚姻者				
昼間連絡の取れる方の電話番号		-		子どもとの続柄

受給者の方の口座 (金融機関名)	銀行 組合 支店 金庫 県信連 出張所 1.普通 2.当座 3.貯蓄 農協 その他 支所
	<input type="checkbox"/> 座番号
	<input type="checkbox"/> 座名義人(カナ)

子どもに関する医療 事項保険	保険者の名称	保険者番号		
	1. 全国健康保険協会()支部			
	2. 八代市 国民健康保険			
	3. ()健康保険組合	保険証の記号	保険証の番号	
	4. ()共済組合			
	5.			
	被保険者氏名 (組合員氏名)	個人番号	性別	生年月日
			男・女	昭平令 年 月 日
被保険者の1月1日現在の住所地 ※1月から7月まで申請の場合は前年、8月から12月まで申請の場合は今年			子どもとの続柄	
<input type="checkbox"/> 八代市内 <input type="checkbox"/> 他市町村()				
<input type="checkbox"/> 被保険者の個人番号(マイナンバー)を使用して、情報照会を行い、地方税情報を取得することに同意します。				

※資格認定日 受給者番号 第 号 平・令 年 月 日	※課税状況 1. 課税 0. 非課税	※変更事由 41. 異動日 42. 保護者 43. 保険者 44. 口座 45. その他 ()	受付印
01. 出生 02. 転入 05. 資格の再取得 07. 生保廃止 99. その他			