様式第１号（第３条関係・第５条関係）

子ども医療費受給者資格認定申請書・更新申請書

令和　　年　　月　　日

次のとおり、子ども医療の受給資格の認定を（　申請　・　更新申請　）します。なお、所得等審査項目について調査されること、並びに給付を受けた医療について、法令等により医療費を給付すべき者があるにもかかわらず、この制度により当該医療費の助成を受けたときは、尾道市が直接当該給付すべき者から当該医療費の返還を受けることに同意します。（更新時も含む。）

申請者	（ふりがな） 氏名　　㊞	住所 尾道市 電話（　　）			
	個人番号				
	性別　男　・　女	生年月日　・　・	配偶者の有無　有　・　無		

加入保険の状況	
保険の種類	１国保　２組合　３全管　４日雇　５船員　６共済
記号番号	
被保険者氏名	
保険名称	

対象の子ども	（ふりがな） 氏名	性別	生年月日	続柄	住所
	個人番号	男・女	・　・		

※尾道市以外に　　年１月１日以前に住所を有していた場合に記入

尾道市子ども医療費助成条例第４条第１項の規定に基づく事務を処理するために限り、確認することが必要な地方税関係情報が本市以外にある場合は市長が他の行政機関から地方税関係情報を取得することに同意します。

氏名（署名）　　年

１月１日の住所

扶養親族数等及び児童の数　　人

（うち老人控除対象配偶者及び扶養親族の合計数　　人）

申請の理由等	１出生のため　２転入してきたため（　年　月　日）　３保険に新たに加入したため（　年　月　日）　４その他（　　）

※記名押印に代えて、署名することができます。

＊は記入しないでください。

＊市審査欄	交付年月日	受給者番号	有効期間	所得制限額	控除後の所得額	受給資格
	年　月　日		年　月　日から 年　月　日まで	円	円	有　・　無

年分 所得の合計額	控除 雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障　人・特障　人	老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	児童手当施行令第３条第１項による控除
円	円	円	円	円	円	８０,０００円