様式第１号（第３条関係・第５条関係）

記入例

子ども医療費受給者資格認定申請書・更新申請書

記入した日付

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請

次のとおり、子ども医療の受給資格の認定を（ 申請 ・ ）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時も含む。）

お子さんの父または母のうち、生計中心者（児童手当受給者）の名前を記入してください。

お子さんの保険証のコピーを添付してください。（お子さんの保険証がまだできていない場合は、空欄にしておいてください。）

申請者	（ふりがな）おのみち　たろう 氏名 尾道　太郎 ㊞	住所 尾道市　〇〇町△△番地		加入保険の状況	
	個人番号	電話（1234−56−7890）		保険の種類	１国保　２組合　３全管　４日雇　５船員　６共済
	性別 （男）・女	生年月日 S00・00・00	配偶者の有無 （有）・無	記号番号	
				被保険者氏名	
				保険名称	

対象の子ども	（ふりがな）おのみち　いちろう 氏名 尾道　一郎	性別 （男）・女	生年月日 H・R 〇〇・〇・〇	続柄 子	住所 同上
	個人番号				

※尾道市以外に 〇〇 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定に基づく事務を処理するた数等及び児童の数　人
な地方税関係情報が本が他の行政機関から地方税関係対象配偶者及び扶養親族の合計数　人）
ます。

申請者の名前を記入してください。

対象年度の１月１日時点の住所が尾道市以外の場合記入してください。

氏名（署名） 尾道　太郎　　〇〇 年１月１日の住所 ××市□□町〇〇番地

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。

転入の場合は、２に〇をつけ、転入日を記入してください。

＊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