※ 太枠内を記入してください。

こども医療費受給者証交付申請書・更新申請書

年　　月　　日

海田町長　様

次のとおり申請します。こども医療費助成条例に基づく資格審査のために、申請時及び更新時において、私及び私の属する世帯の世帯員の町民税課税状況及び他の制度の受給状況等を確認されることに同意します。また、海田町長が必要と認める場合は、公簿（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステムを含む）の照会により、地方税関係情報及び健康保険等資格情報を調査・確認されることに同意します。

区分	ふりがな / 氏名	続柄	生年月日	住所
保護者（生計中心者）	個人番号	父・母	年　月　日	海田町 ☆令和　年１月１日の住所地（注１） （連絡先　－　－　）
配偶者 □有 □無	個人番号	父・母	年　月　日	海田町 ☆令和　年１月１日の住所地（注１） （連絡先　－　－　）
こども	個人番号	本人	年　月　日	※生計中心者と同じ場合は記入不要

（注１）海田町にお住まいの方で、海田町以外の市町村で住民税が課税されている場合は、課税されている市町村名を記入してください。

申請事由	
	□ 出生　□ 転入　□ 入国　□ 生活保護廃止　□ 他公費非該当（　　）
	□ 保護者変更（ 所得 ・ 婚姻 ・ 離婚 ・ その他（　　））
	□ その他（　　）　□ 更新

※対象のこどもの資格確認書その他の医療保険の資格情報を確認できるものがある場合、以下の欄の記入は不要です。

こどもの加入健康保険等			
被保険者	□ 保護者（生計中心者）　□ 保護者の配偶者　□ その他※（続柄　　）	※その他⇒	氏名 住所 生年月日　S・H　年　月　日
記号		資格取得年月日（認定年月日）	平成・令和　年　月　日
番号			
保険者名（発行機関名）	□ 全国健康保険協会　＿＿＿＿支部　□ ＿＿＿＿＿＿健康保険組合 □ ＿＿＿＿＿＿共済組合　□ 海田町国民健康保険　□ ＿＿＿＿＿＿		

※以下は記入しないでください。（職員記入欄）

所得判定年度	年度
控除後の所得額	円
扶養親族等の数（うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数）	人（　人）
所得制限額	円
審査結果	認　定　・　却　下
受給者番号	
証有効期間	年　月　日 年　月　日
区　分	就学前・0歳児町・小１～18歳年度末

（のりしろ）

対象乳幼児等の資格確認書等（写）貼り付け欄

備考	

（裏）

記入上の注意

１　保護者（生計中心者）の欄
生計の中心者を記入してください。

２　配偶者の欄
有無に印をつけ、有の場合は、記名してください。
こどもを懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、申請者と事実上婚姻関係と同様の事情にあった場合を含みます。

３　対象のこどもの欄
「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

４　申請事由の欄
申請される事由を選んでください。
該当する事由がない場合は、その他の欄に記入してください。

５　こどもの加入健康保険等の欄
マイナ保険証により資格情報が確認できる場合、マイナアプリにログインし、公的医療保険の記号番号、資格取得年月日（認定年月日）、保険者名（発行機関名）を転記してください。
マイナ保険証未登録の方は、対象こどもの「資格確認書」の写しを提出してください。

６　対象のこどもの資格確認証（写）貼り付け欄
対象のこどもの資格確認書の写しをこの欄に添付してください。
貼り付け欄からはみ出る場合は貼らずに添えて出してください。

７　この申請書に次のものを添えてください。
対象のこどもの「資格確認書」等、資格情報を確認できるもの
世帯員全員のマイナンバーが確認できるもの