様式第1号(第3条関係)

※登録番号		保険区分	1 社保 被保険者	2 社保 被扶養者	3 国保 一般被保険者	4 国保・退職 被保険者	5 国保・退職 被扶養者	6 国保組合			

※決裁	課長	係長	合議	主務	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決定	年 月 日
					発行	年 月 日

※受給資格証交付	要・否 (理由)

子育て支援医療費受給資格登録(変更)申請書

こども	個人番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名	男 女		
	住所			
保護者	個人番号		続柄	
	氏名			
保険加入	保険種別	国保・協会・組合・その他( )		
	記号番号		被保険者名	
	保険者名		資格取得年月日	年 月 日
養育者	住所			
	個人番号		続柄	
	氏名			
	児童手当の受給の有無	(有・無) ※有の場合、以下の欄は記入不要		
	加入している年金等の年金手帳、組合員証又は加入者証の記号・番号	第 号	譲渡所得	有・無
	ア. 厚生年金保険 イ. 私立学校教職員共済 ウ. 国家公務員共済 エ. 地方公務員等共済 オ. 国民年金 カ. その他( )	扶養親族等及び児童の数 人 うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人		
	被用者又は公務員であるか否かの別	ア. 被用者又は公務員 イ. 被用者等でない者	所得の状況	年分所得額 円

※審査	年分所得の合計額	円

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
	円	円	円
	障害者控除額 障 人・特障 人	寡婦・寡夫・勤労学生控除	
	円	円	
	児童手当法施行令第3条第1項による控除	円	

控除後の所得額	円	所得制限限度額	児童手当	円
			特例給付	円

上記の通り子育て支援医療費受給資格登録(変更)の申請をします。

~~なお、申請に必要な範囲で、地方税関係情報を確認することに同意します。~~

年 月 日

申請者(保護者) 住所 砺波市

氏名 ㊞

砺波市長 あて (連絡先 TEL)

※欄は市で記入します。