

子ども医療費受給資格証 交付（更新）申請書
兼 子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号												
受給者	フリガナ	テンリ コタロウ			生年月日	【住所】 〒 632 - 0000						
	氏名	天理 小太郎（子の氏名）			令和5年5月5日	天理市〇〇町〇〇番地						
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	男

次のとおり、乳幼児・子ども医療費受給資格証の交付（更新）及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

- 受給資格判定のため、市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写し等の提供を受けることに同意します。
- 受給した助成金に差額が生じた場合、助成金の差額に関する相殺を受けること、または差額の返還に応じること。
- 加入医療保険について、個人番号を利用した情報連携等により確認すること。

令和 7 年 6 月 1 日 〒 632 - 0000

天理市長 様	住所	天理市〇〇町〇〇番地		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	フリガナ	テンリ タロウ		
	養育者氏名	天理 太郎		
	生年月日	昭和・平成 60 年 1 月 1 日		
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 0		
	受給者との続柄	父	養育者の	<input type="checkbox"/> 天理市内
			1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 天理市外（奈良市）
	日中連絡先	0743-63-1001		<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 父・母・他（ ）

交付申請事由	
1. 出生したため	健康保険 家族（被扶養者） 保険証 記号 〇〇〇 番号 △△△ （枝番）××
2. 転入してきたため	
3. 保険に新たに加入したため	
4. その他（ ）	
(交付事由発生年月日) 年 月 日	氏名 天理 小太郎 生年月日 令和5年5月5日 性別 男 認定年月日 令和4年4月1日 被保険者氏名 天理太郎
養育者＝被保険者 子の祖父母の場合は 父方祖父母 → 父が養育者 母方祖父母 → 母が養育者	

※養育者名義の口座をご記入ください。養育者以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。

振込先口座				
金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人（カタカナのみ）
南都 銀行 信用金庫 農協	天理 本店 支店 出張所	普通 当座	1234567	テンリ ハナコ
金融機関コード	0 1 6 2	支店コード	1 8 0	

【委任状】

私は、天理 花子 を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

養育者氏名 天理 太郎
代理人住所 天理市〇〇町〇〇番地
代理人氏名 天理 花子