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（お子様）	フリガナ		生年月日	【住　所】　〒
	氏　　名		年　　月　　日	
	個人番号		男　・　女	

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。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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　　年　　月　　日　　〒

天理市長　　様

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□受給者と同じ

フリガナ

養育者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

個人番号

受給者との続柄　＿＿＿＿　養育者の1月1日時点の住所　□ 天理市内　□ 天理市外（　　）

日中連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　【自宅・父・母・他（　　）】

交　付　申　請　事　由	の　り　し　ろ
1．出生したため	お子様の保険証のコピーを添付してください
2．転入してきたため	※資格確認書・資格情報のお知らせでも可
3．保険に新たに加入したため	※マイナンバーカードのコピーは不可
4．その他（　　）	
（交付事由発生年月日）　令和　　年　　月　　日	

※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）
銀　行 信用金庫 農　協	本　店 支　店 出張所	普通 当座		

金融機関コード					支店コード			

【委任状】

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿