

子ども医療費受給資格認定（更新）申請書

受給者番号			性別	生 年 月 日		世帯主との続柄	
受給者	氏名	フリガナ	男・女	年 月 日（ 才）			
	住所	美唄市					
父	氏名		生年月日		個人番号		
	同居・別居（ ）						
母	氏名		生年月日		個人番号		
	同居・別居（ ）						
世帯主	氏名		生年月日		個人番号		
医療保険	保険種別	市国保 国組 協会 組合 共済 後期高齢 その他（ ）		保険者番号			
	記号番号			被保険者			
	受給者との続柄			資格取得 年月日			
子ども医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。							
年 月 日							
(宛先) 美唄市長							
申請者 住 所 美唄市							
氏 名							
受給者との続柄 電話番号							

子ども医療費受給資格の認定に当たっては、裏面の委任状兼同意書の内容について、私及び私の属する世帯員(生計維持者を含む)全員承諾しますので、代表し同意します。

氏名

※審査欄（記入しないでください）

取得事由	出生・転入・生活保護廃止・その他（ ）									
所得状況		税情報無		所得確認日		有効期間		決定年月日		
制限内・未申告・制限超		より 年 月 日転入		年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日		
1 市民課税台帳により確認			確認者印		1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので申請を受理します。 2 次の理由により、上記申請を却下します。 ()				証交付の有無	
2 個人番号により確認									有 ・ 無	
3 所得課税証明書添付により確認										
課税区分		課税 ・ 非課税								
								受付印		

(裏面)

委任状兼同意書

美唄市医療費助成事業の資格の認定を受けるに当たり受給資格の期間において、私及び私の属する世帯員(生計維持者を含む)について、次の事項に同意します。

- 1 美唄市が、所得状況等(個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む)について調査すること。
なお、美唄市ひとり親家庭等医療費受給資格の認定を受ける場合には、児童扶養手当の有無等(現況届等における親及び児童が受け取った養育費の申告額等を含む)についても調査すること。
- 2 美唄市医療費助成を受けた場合において、加入する健康保険の保険者から支払われる高額療養費・高額介護合算療養費の受領を美唄市に委任すること。
また、美唄市が、高額療養費・高額介護合算療養費の請求に必要な医療の給付に関する合算対象・支給金額・決定点数及び付加給付等の情報について、加入する医療保険者に照会し、保険者が情報を提供すること。
- 3 美唄市医療費助成を受けた場合において、高額療養費・高額介護合算療養費が直接、健康保険の保険者から支払われた場合には、美唄市医療費助成事業の助成額に応じた高額療養費・高額介護合算療養費を返還すること。
- 4 美唄市が、健康保険の保険者から医療費助成受給者の資格等に関する情報について照会を受けた場合には、美唄市が保険者に対し、情報を提供すること。