

乳幼児等・こども医療費助成受給資格認定・更新申請書

※消せるボールペンは使わないようお願いいたします。

西宮市医療費助成条例の規定に基づき、受給資格の認定及び受給資格終了までの更新を申請します。認定及び更新に必要な医療費助成に関わる者の世帯構成、市県民税の課税状況及び健康保険の加入状況について調査することに同意します。また、以後の各年度についても同意します。当事業において、公費で現物または受領委任払いにより給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費、高額介護合算及び療養費(差額)に該当する部分がある場合は、その申請及び受領等を公費負担者である当市に委任します。また、高額療養費等で負担した額のうち、当事業において公費負担すべき部分がある場合は、その申請及び受領等を西宮市国民健康保険に委任します。上記のことなどに対応するため、西宮市国民健康保険担当課から国民健康保険に係る被保険者情報及び給付情報等を得ること、また当申請書を西宮市国民健康保険担当課へ提供することに同意します。		申請日	年	月	日		
申請者住所 西宮市		受給者号					
申請者氏名	受給者との続柄 ()	申請事由	11. 新規申請	13. 転入			
(申請者と同じ場合、記入不要)			14. 保険加入	15. 生保廃止			
世帯主氏名	受給者との続柄 ()	※申請書の太枠内のみご記入をお願いします。					
受給者様	フリガナ 氏名 生年月日 平・令 年 月 日生	住所	□申請者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)				
受給者の父	フリガナ 氏名 生年月日 昭・平 年 月 日生	住所	□受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)				
受給者の母	フリガナ 氏名 生年月日 昭・平 年 月 日生	住所	□受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)				
被扶養義務者	フリガナ 氏名 生年月日 昭・平 年 月 日生	住所	□受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)				
加入している健康保険	お子様の健康保険証のコピーをここに貼り付けてください。 コピーが枠内に収まらない場合は、貼り付けずに同封してください。		住民年月日	受給者	年 月 日	扶養義務者	年 月 日
			扶養義務者	年 月 日	扶養義務者	年 月 日	
			扶養義務者	年 月 日	扶養義務者	年 月 日	
			記号・番号・枝番	保険者番号			
			保険者名称	資格取得日			
			低所得認定	年 月 日～ 年 月 日			
			受給者証有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
備考		決	裁	年度	法制	医療区分	負担区分
		課長	係長	係			資格取得日
		○				県・市	年 月 日
						県・市	
						県・市	
				受給者証受付日		年 月 日	
				氏名 ()		の申請書	
				番号 ()		に添付	

※扶養義務者(父母等)全員の算定後の市町村民税所得割額の合計が所得基準額以上であるため、課税証明書を提出しません。負担区分が特定区分となることを了承します。

氏名

受付時確認事項

- 【父・母・被保険者の確認】
- 【課税状況確認】
- 所得制限なし(0歳・高校生)
- [父/母/被保険者]
- ()年度 課税証明書
- 情報連携
- [父/母/被保険者] 控除
- [父/母/被保険者] 戸籍の附票
- [父/母/被保険者]
- ()年度 課税情報あり

※上記書類は 氏名 () の申請書 番号 () に添付

受給者証受付日 年 月 日