

# 記入例

- ◆点線の太枠内のみ記入してください。 ◆健康保険証のコピーを同封してください(大野城市国民健康保険の人は除く)。
- ◆保護者・生計維持者は父・母のうち、所得が高い人を記入してください。
- ◆単身赴任などで生計維持者の住所が子どもと違う場合は、生計維持者住所欄にその住所を記入してください。

子ども	フリガナ	オオノ マドカ		住所	大野城市〇〇ヶ丘1丁目2番3号 〇〇マンション501号室			
	氏名	大野 まどか <small>令和〇〇年〇〇月〇〇日生</small>						
保護者	フリガナ	オオノ タロウ		住所	同上			
	氏名	大野 太郎 <small>子どもとの続き柄 ( 父 )</small>						
生計維持者	フリガナ	オオノ タロウ		住所	同上			
	氏名	大野 太郎 <small>子どもとの続き柄 ( 父 )</small>						
医療保険	保険種別	被保険者証の 氏名、記号・番号		氏名	記号	番号		
	保険者名	保険者番号		所在地			附加給付の有無	
所得の状況	年分 所得額  円		所得区分	<input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者		扶養親族等及び児童の人数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	人 ( 人 )	児童手当の 受給の有無

上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。  
 子ども医療費受給のために児童手当受給状況または所得状況を確認されることについて、承諾します。  
 高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求及び受領を大野城市長に委任します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 大野城市〇〇ヶ丘1丁目2番3号〇〇マンション501号室

大野城市長 殿 氏名 大野 太郎 印 TEL (090-〇〇〇-〇〇〇〇)

- ◆申請者は父母どちらでもかまいません。 ◆押印は不要です。
- ◆電話番号は、携帯電話と固定電話のどちらでもかまいません。