

様式第1号(第4条関係)

※登録番号		保 險 区 分	1	2	3	4	5	6			
			社 保 被 保 者	社 保 被 扶 養 者	国 保 一 般 被 保 者	国 保 被 保 者 ・ 退 職	国 保 被 扶 養 者 ・ 退 職	国 保 組 合			
※ 決 裁			受 付			年 月 日					
			伺			年 月 日					
			決 定			年 月 日					
			発 行			年 月 日					
※受給資格証交付		要 ・ 否 (理 由)									
子ども医療費受給資格登録(変更)申請書											
子 ど も	個 人 番 号										
	フリガナ										
	氏 名				男	生年月日	年 月 日			女	
	住 所										
保 護 者	個 人 番 号										
	氏 名				続 柄						
加 入 保 険	保険種別	国保・協会・組合・その他()									
	記号番号				被保険者名						
	保険者名				資格取得年月日		年 月 日				
養 育 者	個 人 番 号										
	氏 名				続 柄						
	住 所										
	児童手当の受給の有無			(有 ・ 無) ※有の場合、以下の欄は記入不要							
	加入している年金等の年金手帳、 組合員証又は加入者証の記号・番号			第 号	譲 渡 所 得		有 ・ 無				
	ア. 厚生年金保険			エ. 地方公務員等共済		扶養親族等及び児童の数			人		
	イ. 私立学校教職員共済			オ. 国民年金		〔うち老人同一生計配偶者及び 老人扶養親族の合計数 人〕					
	ウ. 国家公務員共済			カ. その他()							
	被用者又は公務員であるか 否かの別			ア. 被用者又は公務員		所得の状況		年分所得額			
				イ. 被用者等でない者				円			
	※審査		年分所得の合計額						円		
	控 除	雑損控除額			医療費控除額			小規模企業共済等掛金控除額			
		円			円			円			
		障害者控除額		障 人・特障 人		寡婦・寡夫・勤労学生控除					
円			円								
児童手当法施行令第3条第1項による控除			円								
控除後の所得額			円		所得制限限度額		児童手当		円		
							特例給付		円		
<p>上記のとおり子ども医療費受給資格登録(変更)の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 射水市</p> <p style="text-align: center;">申請者 (保護者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">富山県射水市長</p> <p style="text-align: center;">あて</p>											

※欄は市町村で記入します。