

様式第1号(第4条関係)

※登録番号		保 険 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 イ. 被用者等でない者		所得の状況	年分所得額 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			
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。												
年 月 日												
申請者 住所 射水市 (保護者) 氏名												
富山県射水市長 あて												

※欄は市町村で記入します。