

**記入例**

子ども医療費受給者資格認定申請書・更新申請書

資格申請日	RO. 00. 00	申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )
申請者について記入 申請者は児童手当受給者と同じ人になります	おのみち たろう <b>尾道 太郎</b> 000000000	生年月日	SOO.00.00
計申請心者者	住所	尾道市〇〇町 ××番地 □□ △△アパート 〇〇号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	日中連絡がとれる人の番号を記入
	RO年度課税地住所 (R△年1月1日現在)	岡山県〇〇市△△町 子どもさんが未就学児童の場合に、申請者の所得情報が尾道市にない場合は、対象年の1月1日の市町村名を記入	
子どもについて記入	おのみち いちろう <b>尾道 一郎</b> 000000000	年齢区分	生年月日 H・R 〇〇.〇〇.〇〇
の子ども	個人番号	未就学児 就学児	性別 (男) 女
	住所	尾道市 同上 申請者の住所と違う場合はその住所を記入	
加入医療保険	被保険者氏名・続柄	【子どもとの続柄】 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ( )	記号・番号・枝番 000000-000-00
	保険者番号	保険の種類	資格取得年月日
	保険取得がまだの場合は加入予定の方の名前(予定)と続柄を記入	国保・協会・組合・共済・その他	ROO.00.00
保険確認	<input type="checkbox"/> 画面確認済 (マイナポータル・その他) 担当: ( ) <input type="checkbox"/> 別添付		
所得判定年度	※ 子どもさんの保険情報がわからない場合や、保険取得がまだの場合は被保険者氏名と続柄のみ記入してください (まだの人は(予定)と記入) 後日、保険情報のわかるものを提出してください。		
総所得額 (A)			
控除額 (B) 扶養人数	※ マイナポータルより確認できる場合は、転記をしてください。(転記後は立会いの下、画面確認をさせていただきます)		
判定額 (A-B)			
基準限度額			

● 太枠の中を記入してください ●

- (注) 尾道市長が必
- 1 市民税課税台帳を
  - 2 マイナンバー制度
  - 3 給付を受けた医療について、法市等により医療費を給付すべき者があるにもかかわらず、この制度により当該医療費の助成を受けたときは、尾道市が直接当該給付すべき者から当該医療費の返還を受けること。