



子ども医療費受給資格証 交付（更新）申請書
兼 子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号

受給者	フリガナ		生年月日	【住 所 地】
	氏 名		平成 年 月 日	北寮・みのり寮・白球寮・勾田寮・火水風寮 陽心寮・さおとめ寮
	個人番号	<input type="text"/>	男・女	その他（ <input type="text"/> ）

次のとおり、子ども医療費受給資格証の交付（更新）及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

- 受給資格判定のため、市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写しの提供を受けることに同意します。
- 受給した助成金に差額が生じた場合、助成金の差額に関する相殺を受けること、または差額の返還に応じること。

年 月 日 〒

天理市長 様

住 所

受給者と同じ

フリガナ

養育者氏名

生年月日

昭和・平成 年 月 日

個人番号

受給者との続柄

養育者の 天理市内

1月1日時点の住所 天理市外（ ）

日中連絡先

【自宅・父・母・他（ ）】

アンケート（回答は任意です）

Q 1. 限度額適用認定証はお持ちですか？

持っている 持っていない

Q 2. 〈Q 1 で持っていると回答された方のみ〉
限度額適用認定証に記載の適用区分に○をつけてください。

適用区分（ ア イ ウ エ オ ）

保険証 添付欄

4月以降のお子様の健康保険証
のコピーを貼り付けてください。
国保の方は現在使用中の保険証のコピーで可

被保険者の続柄 受給者の【父・母・父方祖父母・母方祖父母】

※養育者名義の口座をご記入ください。養育者以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。

振 込 先 口 座		支店名		種別	口座番号	名義人（カタカナのみ）
金融機関名				普通 当 座		
銀行		本 店				
信用金庫		支 店				
農 協		出 張 所				
金融機関コード	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>			

【委任状】

私は、 _____ を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

養育者氏名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____

※四角の枠内のみ記入し、返信用封筒とともに転出する市区町村へお渡してください。

同意書

私は、福祉医療費助成制度の利用状況について、天理市が対象市区町村に照会することに同意します。

対象者(お子様)の (都・道・府・県
天理市転入前住所 (市・区・町・村)
高校の寮名 (寮)
対象者(お子様) ()
生年月日 平成 年 月 日

保護者住所 _____ 都道 市区
府県 町村

保護者氏名 _____

!!!保護者様はこれより下は記入しないでください!!!

医療費助成(子ども・ひとり親医療等) ご担当者 様

上記同意書に基づき、医療費助成重複受給を避けるため、対象者について貴市区町村転出後の医療費助成受給状況を天理市より照会いたします。下記にご回答・受付印を捺印いただき、返信用封筒にて天理市までご送付お願い申し上げます。

上記対象者について、天理市へ転出後は

() 市・区・町・村 の医療費助成制度(子ども・ひとり親医療等) の

- ・受給資格は喪失する
- ・受給資格を継続する (医療費助成)
- ・受給資格を当市区町村が継続するか、天理市で取得するか、保護者が選択できる

_____ 役所 ・ 役場 ・ () _____ 課 _____ 係

★〈受給資格を喪失される市区町村様へ〉今後、貴市区町村にて、制度変更等に伴い、対象者の受給資格を再取得された場合は、天理市へご一報お願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

天理市役所 保険医療課 福祉医療係

0743-63-1001

(内線 730 732 739)

他市区町村受付印