



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	テンリ ダイスケ			生年月日			【住 所 地】				
	氏 名	天理 大輔			平成15年5月1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 その他（ ）				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
											男・女	

- 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。
  - 加入医療保険について、個人番号を利用した情報連携等により確認すること。
  - 福祉医療費助成制度の受給状況について、天理市が転入前市町村に照会すること。

令和 8 年 2 月 9 日

天理市長 様

〒 163 - 8001

住 所 東京都新宿区西新宿 2 丁目 8 - 1

フリガナ テンリ タロウ

養育者氏名 天理 太郎

生年月日 昭和 平成 50 年 1 月 1 日

個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0

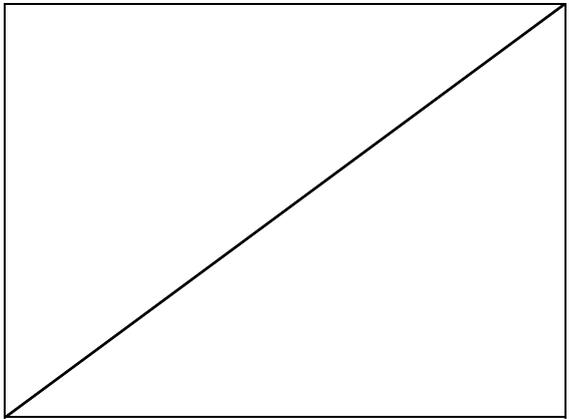
受給者との続柄 父 養育者の  天理市内 1月1日時点の住所  天理市外（ 新宿区 ）

日中連絡先 090-1111-2222 【自宅 父・母・他（ ）】

養育者は、お子様の健康保険証の被保険者(国保の場合は世帯主)です。

※被保険者(世帯主)が父方の祖父母  
→養育者はお父様

※被保険者(世帯主)が母方の祖父母  
→養育者はお母様



健康保険 家族（被扶養者）  
保 険 証

記号 ○○○○ 番号 △△△ （枝番）××

氏名 天理 大輔  
生年月日 平成 15 年 5 月 1 日  
性別 男  
認定年月日 令和 4 年 4 月 1 日  
被保険者氏名 天理 太郎

※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									
金融機関名		支店名		種別		口座番号		名義人（カタカナのみ）	
新宿 銀行 信用金庫 農 協		駅前 本店 支店 出張所		普通 当 座		9999999		テンリ ハナコ	
金融機関コード		支店コード							
1	2	3	4	5	6	7			

【委任状】

私は、天理 花子 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 天理 大輔

代理人住所 東京都新宿区西新宿 2 丁目 8 - 1

代理人氏名 天理 花子