

四日市市長

下記のとおり子ども医療費受給資格の認定を受けたく申請します。また、この認定に際し、私及び世帯を同一にする世帯員、私の加入する医療保険の被保険者の所得・課税状況、住所要件等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。

申請者 (保護者)	ふりがな				住所 四日市市 電話:	被保険者に <input checked="" type="checkbox"/>		
	氏名	(子どもからみた続柄:)						
	個人番号							
	生年月日	昭和・平成	年	月			日	
子ども	ふりがな				住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/>		
	氏名							
	個人番号							
	生年月日	平成・令和	年	月			日	性別
申請者以外の 保護者	ふりがな				住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 子どもと同じ	<input type="checkbox"/>		
	氏名	(子どもからみた続柄:)						
	個人番号							
	生年月日	昭和・平成	年	月			日	電話:
加入 医療 保険	<input type="checkbox"/> 添付の被保険者証(または資格確認書)のコピーのとおり				被 保 険 者	上記以外の方が被保険者の場合、記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する					ふりがな		
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険(社保)				氏名	(子どもからみた続柄:)	
		<input type="checkbox"/> 共済組合(公務員など) <input type="checkbox"/> その他				生年月日	昭和・平成	年
振込口座	銀行	支店	店番号	ふりがな				
	金庫	支所	口座番号	口座名義人				
	農協	出張所	普通					

<届出の際に必要なもの>

同意書(前年または本年の1月1日に保護者が市外に在住していた場合)

保護者名義の通帳

<申請期限>

出生による申請→誕生日から一か月以内
転入による申請→転入日から一か月以内

四日市市処理欄(この欄は記入しないでください)

※口座名義人は保護者に限ります。

資格取得日	・児童手当の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 市外で受給中 <input type="checkbox"/> 公務員		受付印	受付者
住民番号				
受給者番号				
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送	記入者本人確認		
備考				

こども手当・医療給付課