

# 子ども医療費受給者証交付（受給資格）申請書（新規・更新）

豊田市長 様

豊田市医療費助成条例第9条第1

たいで、次のとおり申請します。

## 記入例

申請者	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ	令和 6 年 ● 月 ● 日
	氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ	電話(0565)●●-●●●●
受給者 (子ども)	子ども医療費、心身障がい者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況の公簿の閲覧に関し、同意します。 医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。	
	現住所 <b>豊田市■■町1丁目23番地</b>	
	入院期間中の居住地(住んでいたところ) <input type="checkbox"/> 現住所に同じ	
	氏名 <b>豊田 太郎</b>	個人コード 生年月日 <b>平成・令和・西暦</b> <b>16</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 年齢(年度末時点) 歳

保加入	記号番号	被保険者名
	保険者名	

扶養者が市内住所の場合のみ記入してください。  
扶養者が市外住所の場合は、受給者を扶養していることが分かる書類(源泉徴収票、所得証明書など)が必要です。

(扶養者の方が市内居住の場合のみ記入)

子ども医療費の助成の資格認定に必要な所得情報の公簿の閲覧に関し、同意します。

氏名(税法上の扶養者) <b>豊田 福子</b>	生年月日 <b>昭和・平成・令和・西暦</b> <b>45</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日
住所 前年1月1日現在の住所 ※受診月が8月～12月の場合は今年1月1日 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ <b>豊田市××町4丁目5番地</b> <b>▲▲アパート A号</b>	受給者との続柄 <b>母</b>
	連絡先 (090)●●●●-●●●●

入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
------	---------------------

市処理欄	<input type="checkbox"/> 年度末年齢(19~24歳) <input type="checkbox"/> 居住要件(豊田市内在住) <input type="checkbox"/> 在学要件( <input type="checkbox"/> 大学院除く)(大学・高専・専修学校・その他 ) <input type="checkbox"/> 被扶養者( <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 市内:扶養者通知書番号: ) <input type="checkbox"/> 年度本人所得 税扶養範囲内 (合計所得金額: 円)	添付書類	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 領収書等 <input type="checkbox"/> 在学証明等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証明等
	資格取得日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 新規申請(001) 資格廃止日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 死亡(101) <input type="checkbox"/> 転出(102) <input type="checkbox"/> 生保開始(031) <input type="checkbox"/> 退院(104) <input type="checkbox"/> 保険喪失(118) <input type="checkbox"/> 施設入所(114)	兄弟保険変更 有/無 第1子	受付印 <input type="checkbox"/> 受付者 <input type="checkbox"/> 入力者 <input type="checkbox"/> 確認者