

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項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
太枠の中のみ記入してください。

| | | | | |
|------------------|---|-------------------|-----------|--|
| 個人コード | | 受給者番号 | C・D | |
| 申請者 | 住所 <input type="checkbox"/> 受給者に同じ | 令和 年 月 日 | | |
| | 氏名 <input type="checkbox"/> 受給者に同じ | 電話() - | | |
| 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等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）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 | | | |
| | 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 | 個人番号 | | |
| | 生年月日 | 平成・令和・西暦 | 年齢（年度末時点） | |
| | | 年 月 日 | 歳 | |
| 加入 保 険 | 記号・番号 | 被保険者名 | | |
| | 保険者名 | 保険者番号 | | |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------|-----------------|
| 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等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 | | | |
| 氏名 (税法上の扶養者) | 個人番号 | | |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 生年月日 | 昭和・平成・令和・西暦 |
| 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 | | | 年 月 日 |
| | | 受給者との続柄 | |
| | | 連絡先 | () - |

| | |
|------|---------------------|
| 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（16～24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"/> 保険資格確認書類（番号・本人確認） <input type="checkbox"/> 被保険者名記載 <input type="checkbox"/> 領収書等 <input type="checkbox"/> 在学証明等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証明（税）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) 保険喪失(118) <input type="checkbox"/> 施設入所(114) | 兄弟保険変更 有 / 無 第1子 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 受付印 </div> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">受付者</td> <td style="width: 25%;">入力者</td> <td style="width: 25%;">確認者</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 受付者 | 入力者 | 確認者 | | |
| 受付者 | 入力者 | 確認者 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

申出書

子ども医療費（入院）助成受給資格について、本書のとおりであることを申し出ます。この申出の内容に誤り等があり、子ども医療費（入院）助成受給資格の認定条件に当たらないことが判明した場合は、受給資格を取り消されても異議は申し立てません。また、支給された医療費については豊田市へ返還します。

令和 年 月 日 申出者 _____
(受給者との続柄)

受給者の高校・大学・専修学校などへの通学等について

(※該当する番号に○を付けてください。1に○を付けた場合は、通学方法を具体的にご記入ください。4に○を付けた場合は、具体的にご記入ください。)

- 1 豊田市内から通学している（通学していた）
通学手段（電車・自家用車等具体的に記入） []
通学にかかる（かかった）時間 [片道約 分]
- 2 豊田市外から通学している（通学していた）
- 3 高校・大学・専修学校などを休学し、市内に居住している（居住していた）
- 4 その他 [具体的に記入：]