様式第１号（第２条関係）

# 原村子ども医療費特別給付金受給資格申請書

年　　月　　日

原村長　様

原村医療費特別給付金受給資格の申請をします。なお、受給資格の判定を行うために必要な同一生計内の課税資料及び関係資料を閲覧することを承諾します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 住　　所 | 原村　　番地 | | 電話番号 | | |
| | 氏　　名 | | | 世帯主 | | |
| | 受給資格者が加入している医療保険 | 所在地 | | 本人家族 | 記号 | |
| | | 名　称 | | | 番号 | |
| | 振込先金融機関 | 銀行　　本店<br>信金　　支店<br>農協　　支所 | | 口座名義人（フリガナ） | | |
| | | | | 口座番号 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給対象者 | 氏名（ふりがな） | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 続柄 | ＊資格区分（記入しないでください） |
| | | ・　・ | | | | 村単・県単（　　） |
| | | ・　・ | | | | 村単・県単（　　） |
| | | ・　・ | | | | 村単・県単（　　） |

| | | |
|---|---|---|
| 本年１月２日以降に転入された場合のみご記入ください | 前住所地 | |
| | 転入年月日 | 年　　月　　日 |

| | | |
|---|---|---|
| 障害者手帳等があればご記入ください | 身体障害者手帳　有・無 | 育成・更生・精神通院受給者証　有・無 |
| | 療育手帳　有・無 | 特定疾患医療費受給者証　有・無 |
| | 精神保健福祉手帳　有・無 | ウィルス肝炎医療費受給者証　有・無 |
| | 障害年金受給　有・無 | |
| 右記のいずれかに該当があればご記入ください | 母子家庭　・　父子家庭　・　父母のいない家庭 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ＊資格区分 | 所得税課税状況 | 年分　　円 | |
| | 世帯全員の市町村民税 | 年度　　課税　・　非課税 | |
| | 所持している障害者手帳等 | 身体障害者手帳（障害区分：　　）１級・２級・３級 | |
| | | 療育手帳：Ａ１・Ａ２・Ｂ１　　精神保健福祉手帳：１級・２級 | |
| | | 特定疾患・ウィルス（肝炎）医療費受給者証　有　・　無 | |
| | | 育成・更生・精神医療費受給者証　有　・　無 | |
| | 子ども区分 | ０歳～就学前　・　小学１年～満１８歳に達し、最初の３月３１日 | |
| | 児童手当受給状況 | 有　・　無 | 年度　　課税　・　非課税 |
| | ひとり親家庭等 | 母子・父子・その他　　児童扶養手当受給状況：有　・　無 | |