



子ども医療費受給者資格認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 広島市長

次のとおり、広島市長あて申請します。子ども医療費補助の認定及び更新に際して、広島市長が必要と認める場合は、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の市民税課税状況を市民税担当課に確認のうえ、利用されることに同意します。また、他の制度の受給状況など必要な情報を公簿等により確認されることに同意します。このことについて、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。さらに、子ども医療費補助の認定及び更新に際し、広島市長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認することに同意します。

太枠内のみ記入してください。

区分	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	住所	
保護者		父・母	昭平令 ・ ・	広島市 区 (連絡先TEL - -)	
配偶者 有・無 (有の方は 氏名等を記入)		父・母	昭平令 ・ ・	同居・別居(別居の場合は住所を記入) (連絡先TEL - -)	
子ども		本人	平令 ・ ・	同居・別居(別居の場合は住所を記入)	
第三子	①中学3年生までの子どもが3人以上いる <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない (注1)				
	②中学3年生までの子どもの中に、別居扶養により住民票が異なる子どもがいる <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない (注1)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> ()歳となった(年齢を記入) <input type="checkbox"/> 転入(平成・令和 年 月 日転入) <input type="checkbox"/> 保護者変更(婚姻・離婚・その他()) <input type="checkbox"/> 制度改正 <input type="checkbox"/> その他()				
受給者証の送付先 (保護者と子どもが別居の場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 子どもの住所へ送付希望 <input type="checkbox"/> 保護者の住所へ送付希望		<input checked="" type="checkbox"/> 子どもの住所へ送付希望する理由	1.単身赴任 2.離婚前別居 3.DV 4.その他()	
こどもの加入健康保険等 (コピー添付可)	被保険者氏名		こどもの続柄	こどもの	
	保険種別	3 1.協会けんぽ 2.船員 3.日雇 4.共済 5.健保組合 6.国保 7.国保組合			
	被保険者証の記号番号	記号	23	番号	24
	保険者の名称 (保険証発行機関名 又は名称)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 広島市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/>			
	保険者番号	44	51	こどもの保険の資格取得年月日 (認定年月日)	平成・令和 年 月 日 健康保険証の作成(平成・令和 年 月 日交付)
【保護者】の 令和 年1月1日の住所地	※「 <input checked="" type="checkbox"/> 広島市」で広島市以外で課税されている場合及び「 <input checked="" type="checkbox"/> その他」の場合のみ、以下を記入 (注2)				
<input type="checkbox"/> 広島市 <input type="checkbox"/> その他	住所または課税市町村				
	個人番号				
【配偶者】の 令和 年1月1日の住所地	※「 <input checked="" type="checkbox"/> 広島市」で広島市以外で課税されている場合及び「 <input checked="" type="checkbox"/> その他」の場合のみ、以下を記入 (注2)				
<input type="checkbox"/> 広島市 <input type="checkbox"/> その他	住所または課税市町村				
	個人番号				

(注1) ①②が両方とも「いる」の場合、別途、申立書が必要になります。

(注2) 広島市にお住まいの方で、広島市以外の市町村で市民税が課税されている場合は、課税されている市町村名を記入してください。個人番号は、本制度の認定及び更新のみに使用します。

以下の欄は記入しないでください。

来庁者	父・母・他()	区	整理番号	子ども	保護者	被保険者																									
児童手当の申請の有無	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
済(父・母)・未・不要																															
起案	令和 年 月 日	係員	係長	課長	公費負担者番号	受給者番号																									
決裁	令和 年 月 日	歳(県・市)																													
所得年度	令和 年度	有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日																										
所得金額		令和 年 月 日	～	令和 年 月 日																											
所得制限額		受給資格	有・無(県・市)			発行年月日	令和 年 月 日																								
基準額		負担区分	A・B・C・D・E・F																												
遡及認定	有・無(申請日から)	健康保険証の作成(平成・令和 年 月 日交付) ・ 疾病 ・ その他()																													