様式第1号（第3条・第５条関係）

子ども医療費受給者資格認定申請書・更新申請書

尾道市長　様

次のとおり、尾道市子ども医療費助成条例の規定による受給資格の認定を（ 申請 ・ 更新申請 ）します。

資格申請日		申請事由	☐ 出生　☐ 転入　☐ 生保廃止　☐ その他（　　）		
（申請者 生計中心者）	ふりがな			生年月日	
	氏名				
	個人番号			子との続柄	
	住所	電話番号： 日中連絡可能な申請についての問合せ先を記入してください。			
		年度課税地住所（　　年１月１日現在の住所地）			
対象の子ども	ふりがな		年齢区分	生年月日	
	氏名		未就学児 就学児		
	個人番号			性別	男 ・ 女
	住所	尾道市			
加入医療保険	被保険者氏名・続柄			記号・番号・枝番	
		【子どもとの続柄】 ☐ 父　☐ 母　☐（　　）			
	保険者番号	保険の種類		資格取得年月日	
		国保 ・ 協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ その他			

以下は記入しないでください。

保険確認	☐ 画面確認済（ マイナポータル ・ その他（　　）　担当：　　）　☐ 別添付				
所得判定年度	年度	審査結果	県制度 ・ 市制度	受給者番号	
総所得額(A)	円	資格取得日		証交付日	
控除額(B) 扶養人数	円　　人	児童手当支給者	☐ 尾道市　☐ 他市区町村（　　）　☐ 公務員（　　）		
判定額(A-B)	円	児童手当受給者	☐ 父　☐ 母　☐ その他（　　）		
基準限度額	円	備考			

（注）　尾道市長が必要と認める場合は次の事項を行う場合があります。

1　市民税課税台帳その他公簿により所得額その他の審査項目に係る確認を行うこと。

2　マイナンバー制度による情報連携により加入保険情報を確認すること。

3　給付を受けた医療について、法令等により医療費を給付すべき者があるにもかかわらず、この制度により当該医療費の助成を受けたときは、尾道市が直接当該給付すべき者から当該医療費の返還を受けること。