

玉野市長 殿

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び保険の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

保 護 者	申請者	フリガナ												
		氏名												
		住所	〒 TEL ()											
	主たる生計維持者 (父母等のうち所得が高い方)	氏名	☐ 申請者と同一											
		本年1月1日時点の住所	☐ 玉野市内			☐ 玉野市外※			こどもとの続柄	父・母・その他 ()				
申 請 理 由			☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 再発行(亡失 ・ 破損 ・ 汚損) ☐ その他()											
対 象 者 (こ ど も)	フリガナ ¹							²						
	氏名													
	生年月日	平成・令和 年 月 日						平成・令和 年 月 日						
	性別・年齢	男 ・ 女 () 歳						男 ・ 女 () 歳						
	育成医療	有 ・ 無						有 ・ 無						
	他の公費負担制度による医療費の支給	制度名 有() ・ 無						制度名 有() ・ 無						
	個人番号※													
加 入 医 療 保 険	被保険者	☐ 主たる生計維持者と同じ						こどもとの続柄	父・母・その他 ()					
	記号・番号	記号 番号						保険者番号						
	保 險 者 名	☐ 全国健康保険協会 () 支部												
		☐ () 健康保険組合												
		☐ () 共済組合 ☐ () 国保 ☐ 玉野市国保 ☐ その他 ()												
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日						附加給付	有 ・ 無						

※「個人番号」欄は、こどもの健康保険資格が確認できるものとして、こどもの個人番号カードのコピーを添付する場合のみ、記入してください。

※こどもの「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「個人番号カード」等のコピー

事務 処理欄	証書発行（ 要 ・ 不要 ） ☐ 証書発行済 ☐ 転入者アンケート
	転入（ / ） 入力（ / ）

個人番号利用同意書

私、及び私の世帯員は、単県公費医療費制度の申請にあたり、1月1日時点の住所地に税情報を確認するため、個人番号制度（情報連携）を利用することに同意します。

※自署にて記載してください。代筆の場合は、別途委任状が必要です。
※添付書類として、個人番号カード等本人確認書類の写しを添付してください。

氏名		生年月日		個人番号															
現住所																			
本年1月1日 時点の住所																			
前年1月1日 時点の住所	※1月～6月に申請する場合のみ記入してください。																		
氏名		生年月日		個人番号															
現住所																			
本年1月1日 時点の住所																			
前年1月1日 時点の住所	※1月～6月に申請する場合のみ記入してください。																		

委 任 状

玉野市長 殿

【代 理 人】 住 所：_____
氏 名：_____

私は、上記の者を代理人として、私（又は私の被扶養者）の税情報を個人番号連携で照会することに関する権限を委任します。
ただし、玉野市こども医療費給付条例による受給資格証交付申請に関する事務に限る。

令和 年 月 日
【委 任 者】 住 所：_____
氏 名（自 署）：_____ 印

（注）この委任状は、こども医療費受給資格証交付申請書に添えて提出してください。