様式第４号（第４条関係）

子育て支援医療費（大学生等）受給資格認定(更新)申請書

年　　月　　日

　京丹後市長　様

申請者　住所

氏名

大学生等との続柄　(　　　　)

電話番号

京丹後市子育て支援医療費の給付及び助成に関する条例施行規則第４条の規定により、次のとおり申請します。なお、この申請以後、医療費の受給に関し所得の確認が必要な場合は、担当職員が税務担当課の課税台帳等により確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 大学生等 | フリガナ | 　 | 学校名 |  |
| 氏名 |  | 修学期間 | 　年　　月～　　年　　月 |
| 生年月日 |  | 学年 | 　 |
| 住　　所 |  | 学校所在地 |  |
| 保　　護　　者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏名 | 　 | 続柄 |  |
| 住　　所 |  |
| 交付を受けている福祉医療証 | 交付有 | 証番号 |  |
| 交付無 | 有効期間 | 　　年　　月　　日 から年　　月　　日 まで |
| （添付書類）* 教育施設に在学していることを証する書類
* 保護者及び大学生等の健康保険証の写し
 |
| * 次の欄は、記入する必要がありません。
 |
| 確認事項 |  | 市民税課税台帳 |  | 在学証明書　　・　　学生証 |
|  | 健康保険証（父・母・大学生等） |  | その他（　　　　　　　　　　） |