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

令和　　２年　８月　２１日

　京丹後市長　様

申請者　住所　　　　　京丹後市○○町××１１１番地

氏名　　　　　　　　　　○○　△△

大学生等との続柄　(　　父　　)

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 | | カタカナで記入 | | | 学校名 | | 在学中の教育施設名称）※正式名称 |
| 氏名 | | 〇〇　　〇〇〇 | | | 修学期間 | | 年　　月～　　年　　月 |
| 生年月日 | | H10年４月8日 | | | 学年 | | 3　（学生であれば数字を、その他専門課程等であれば必要に応じて期間のわかるものを記入） |
| 住　　所 | | 兵庫県神戸市△△区○○通X丁目　ABCマンション　４号 | | | 学校  所在地 | | 兵庫県宝塚市◆◆町××  ◎番※号 |
| 保　　護　　者 | フリガナ | | カタカナで記入 | | | 生年月日 | | S46年7月5日 |
| 氏名 | | ○○　△△ | | | 続柄 | | 父 |
| 住　　所 | | 京丹後市○○町××１１１番地 | | | | | |
| 交付を受けている福祉医療証 | | 交付有 | 証番号 | 7000003 | | | |
| 交付無 | 有効期間 | R2年　　8月　　1日 から  R3年　　7月　31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（　　　　　　　　　　） | |