令和６年５月 31 日（金）までに
添付書類とあわせて
提出してください。

立山町子ども医療費助成受給資格に関する状況確認書（高校生等用）

記入者 （保護者）	氏　　名	
	住　　所	立山町
	電話番号	

状況の確認が必要なお子さん（以下、対象者）			
氏　名		生年月日	
住　所			

保護者氏名（※現在お持ちの「子ども医療費受給資格証」に記載されている保護者氏名に変更がある場合のみ記入）	

１．対象者の中学校卒業後の現在の状況について、以下より選択してください（複数回答可）。

☐ 進学した　　☐ 就職した

☐ 引き続き中学校に在籍（病気、海外留学等により）　　☐ 該当なし

２．対象者の中学校卒業後の現在の状況について、該当がある場合は選択してください（複数回答可）。

☐ 住民票上の世帯主である　　☐ 婚姻している

☐ 卒業後、就職先の社会保険に加入している　　☐ ひとり親医療費助成を受給している

☐ 生活保護を受給している　　☐ 重度心身障害者医療費助成を受給している

３．対象者について、中学校を卒業後、ご加入の医療保険に変更はありましたか。
（卒業後、国民健康保険を脱退し、社会保険に加入した　等）

☐ 変更なし　　☐ 変更あり

☐ わからない　　☐ 現在変更手続き中

４．問１～３の回答内容に誤りがないかご確認の上、下記事項に同意をお願いいたします。

☐ 回答内容に虚偽はありません。また、立山町子ども医療費助成受給資格に関する調査のため、立山町職員が必要な公簿等を確認することに同意します。

質問は以上です。**①本紙、②お子さんの健康保険証の写し、③お子さんの「学生証」または「在学証明書」を令和６年５月 31 日（金）までにご提出**ください。

ご提出いただいた書類を審査した結果、子ども医療費助成の対象であると判断された場合は、本状況確認書を、立山町子ども医療費助成に関する条例施行規則第４条に定める「子ども医療費受給資格登録（変更）申請書」とみなして受理いたします。