

|        |     |      |    |      |     |      |
|--------|-----|------|----|------|-----|------|
| 決<br>裁 | 課 長 | 代理補佐 | 主幹 | 主任主事 | 担当者 | 台帳整理 |
|        |     |      |    |      |     | 月 日  |

様式第1号(第2条関係)

子ども医療費受給資格者証(交付・更新)申請書

年 月 日

鏡野町長 様

|              |    |  |
|--------------|----|--|
| 申請者<br>(保護者) | 住所 | □□□-□□□□<br>鏡野町<br>電話( ) —                   |
|              | 氏名 | (※)(子どもとの続柄 )<br>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、受給資格者証の交付を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得等を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴町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、過払い相当額を貴町へ支払います。

|        |                               |       |    |         |       |
|--------|-------------------------------|-------|----|---------|-------|
| 申請理由   | 1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 その他( ) |       |    |         |       |
| 対象者    | フリカ`ナ氏名                       |       |    |         |       |
|        | 生年月日                          | 年     | 月  | 日       | 年 月 日 |
|        | 性別                            | 男 ・ 女 |    |         | 男 ・ 女 |
|        | 保護者との続柄                       |       |    |         |       |
| 加入医療保険 | 被保険者又は世帯主の氏名                  |       |    | 対象者との続柄 |       |
|        | 保険種別                          |       |    | 有効期限    | 年 月 日 |
|        | 保険者番号及び名称                     | □     | □  | □       | □     |
|        | 被保険者証の記号・番号                   |       |    |         |       |
|        | 付加給付                          | 有 ・ 無 | 備考 |         |       |
| 特記事項   | 再発行の場合理由                      |       |    |         |       |

(添付書類)

○ 医療保険証の写し

※対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。