

様式第1号(第2条関係)

子ども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

赤磐市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、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及び国民健康保険の加入状況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。

申請者氏名 (保護者)		受給者 との続柄	
申請者住所 (保護者)	〒 ー	TEL ()	
受給者	フリガナ		性別 男・女
	氏名		
	生年月日		年齢 歳
申請理由	1 出生 2 転入 3 その他()		
他の制度による医療費の支給の有無	有(制度名)・無		
特記事項			

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		受給者 との続柄	
	保険種別		被保険者の 記号番号	
	保険者名 (発行機関名)		所在地	
	附加給付	有(内容:)・無		

ここから下の欄には記入しないでください

市町村処理欄	受給資格者証有効期限	受給資格者証	入力
	年 月 日～	発行済・未 送付	