

様式第1号(第5条関係)

子ども医療費受給資格取得申請書

(出生・転入・制度改正)

年 月 日

袋井市長

助成対象者 住所
氏名
電話

印

袋井市子ども医療費助成要綱第5条第2項の規定により、子ども医療費受給資格を取得するため申請します。

なお、必要な所得状況等を袋井市長が公簿等により確認することに同意し、医療保険各法で定められた高額療養費等に該当するときは、保険者への申請及び受領を袋井市長に委任します。

子ども	フリガナ		個人番号	
	氏名			
	生年月日		男・女	
(助成対象者 保護者等)	氏名		個人番号	
	住所	〒	子ども との続柄	
生計維持者 主たる	氏名	※助成対象者と相違する場合は、 ご記入ください。	個人番号	
	住所	〒		
加入年金		厚生年金保険・国民年金保険・その他()		
加入保険	記号番号			
	被保険者名			
	勤務先			
	保険者名称			
	保険者所在地			

子ども医療費受給資格取得申請書

(出生・転入・制度改正)

●年 ●月 ●日

袋井市長

窓口への提出日

助成対象者 住所 袋井市新屋1-1-1
氏名 袋井 太郎 (印)
電話 0538-44-3184

袋井市子ども医療費助成要綱第5条第2項の規定により、子ども医療費受給資格を取得するため申請します。

況等を袋井市長が公簿等により確認することに同意し、医療保険料等額療養費等に該当するときは、保険者への申請及び受領を袋井

記載内容を確認のうえ、訂正があれば書き直してください。

子ども	氏名	フクロイ イチロウ 袋井 一郎	個人番号	111122223333
	生年月日	●年●月●	性別	男・女
(助成対象者等)	氏名	袋井 太郎	個人番号	444455556666
	住所	〒437-8666 袋井市新屋1-1-1	子どもの続柄	父
生計維持者	※助成対象者と相違する場合は、		個人番号	

保険証の被保険者を記入してください。

個人番号(マイナンバー)を記入してください。不明の場合は、空欄で結構です。

助成対象者と同じ場合は記入なし

保険証で確認するため、記入しなくて結構です。

加入保険	勤務先	
	保険者名称	
	保険者所在地	

子どもの保険証
コピー添付欄