様式第３号(第５条関係)

子ども医療費受給資格変更(再交付・喪失)申請書

　　　年　　月　　日

袋井市長

助成対象者　住所

氏名

電話

袋井市子ども医療費助成要綱第５条第５項の規定により、子ども医療費受給資格の変更等について申請します。

なお、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、必要な所得状況等を市長が公簿等により確認することに同意し、保険者への申請及び受領を袋井市長に委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請事由  ※事由発生年月日  ( 　・　 ・　 ) | | (　)変更　□氏名　□市内転居 □加入保険変更　□その他（ 　 ）  　　　　　　□その他(　　　　　　) | | |
| (　)再交付 □紛失　□破損　 □汚損 　　 □その他（　　　　）  　　　　　　□その他(　　　　　　) | | |
| (　)喪失　□転出　□死亡 　 □その他 (　　　　) | | |
| 申請の内容 | | | | 変更前の内容 |
| 子ども | フリガナ |  | |  |
| 氏名 |  | |  |
| 生年月日 | 年　月　日 | 男・女 |  |
| 住所 | 〒 | | 〒 |
| 個人番号 |  | |  |
| 助成対象者  （保護者等） | 住所 | 〒 | | 〒 |
| 氏名 | 子どもとの続柄(　　) | | 子どもとの続柄(　　) |
| 個人番号 |  | |  |
| 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 |  | |  |