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

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、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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 | 　 |