

## 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**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。

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

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	<b>フクロイ イチロウ</b>	個人番号	
	氏名	<b>袋井 一郎</b>	<b>111122223333</b>	
	生年月日	<b>●年●月●日</b>		<input checked="" type="radio"/> 男・女
保険証の被保険者を 記入してください。	名	<b>袋井 太郎</b>	個人番号	
（助成対象者 保護者等）		<b>〒437-8666</b>	<b>444455556666</b>	
		<b>袋井市新屋1-1-1</b>	子どもの続柄	<b>父</b>
加入保険	被保険者名		<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>子どもの保険証 コピー添付欄</b> </div>	
	勤務先			
	保険者名称			
	保険者所在地			

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。

保険証で確認す  
るため、記入しな  
くて結構です。