

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