

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

窓口への提出日

袋井市長

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市長に委任します。

子ども	フリガナ	フクロイ イチロウ		
	氏名	袋井 一郎		
	生年月日	●年●月●日		
(助成対象者 保護者等)	氏	袋井 太郎		
	住所	〒437-8666 袋井市新屋1-1-1	子どもとの続柄	父
加入保険	記号番号	●●● — ●●●●●●		
	被保険者名	袋井 太郎		
	勤務先	●●●●●●●●		
	保険者名称	●●●●●健康保険組合		
	保険者所在地	●●県●●市●丁目●番地●		