

様式第1号(第3条、第6条関係)

子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

平川市長様

住 所
申請者 氏 名
世帯主 氏 名
電話番号 — —

平川市子ども医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

なお、当該申請及び以降の資格更新に当たり、平川市の保有する公簿等により所得及び課税状況の更新申請に必要な事項を確認することについて同意するとともに、平川市子ども医療費給付条例施行規則第6条第3項の規定による更新を依頼します。

また、子ども医療費の給付にあたり、平川市が対象となる子どもの加入する医療保険の療養費(付加給付)・高額療養費・高額介護合算療養費等を調査すること、当該療養費等が支給されるときは平川市に返納すること、又は平川市が代理請求することに同意します。

記

| 給付対象となる子ども | 氏 名 | 個 人 番 号 | 生 年 月 日 | 年 齢 | 性 別 |
|------------|-----|---------|---------|-------|-----|
| | | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | | 男・女 |
| | | | 年 月 日 | | 男・女 |
| 保護者 | | | 年 月 日 | | 男・女 |
| | | | 年 月 日 | | 男・女 |

| 加入保険 | 保険の種類 | 被保険者氏名 | 保 険 者 名 | 付加給付の有無 | 記号・番号 |
|------|-------|--------|---------|---------|-------|
| | | | | | 有 ・ 無 |

| | | | | | |
|-----------|---|---|-----------|---|---|
| 資格証(申請)番号 | 第 | 号 | 資格証(申請)番号 | 第 | 号 |
|-----------|---|---|-----------|---|---|