

乳幼児・子ども医療費受給資格証交付申請書
兼子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号				※宛名コード			
対象者となる子	フリガナ			住所	檀原市		
	氏名						
	生年月日	年	月		日生		
扶養義務者	フリガナ			住所	檀原市		
	氏名						
	生年月日	年	月	日生	1月1日 時点住所	※1~7月の資格取得の場合は前年、8~12月の資格取得の場合は、当該年	
	個人番号						
資格証交付申請事由 (異動事由)		<input type="checkbox"/> 出生のため <input type="checkbox"/> 就学児 <input type="checkbox"/> 生活保護の廃止 資格発生年月日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 保険に新たに加入したため <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入してきたため <input type="checkbox"/> その他()			
加入医療保険	別紙のとおり						

上記のとおり乳幼児・子ども医療費受給資格証の交付及び子ども医療費助成金の支給を申請します。
 なお、申請に伴い以下のことに同意します。

- ・子ども医療費助成制度の資格審査等のため、所得の状況について課税台帳等により確認すること
- ・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が被保険者証・福祉医療費受給資格証・診療報酬明細書の写しを徴すること、及びこれらのものを市長に提出すること。
- ・子ども医療費助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
- ・現物給付とならない子ども医療費助成金については、下記の口座で受領すること。

年 月 日

申請者住所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

【父・母・自宅・その他 ()】

金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協				支店名	本店・支店 出張所
口座番号	普通・当座				フリガナ	
					口座名義人	

(委任状)

私(申請者)は下記の者を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

代理人住所 _____

氏 名 _____

(宛先)

檀原市長

- 注) 1 上記については受給資格が喪失するまで有効です。
 2 楷書ではっきり書いてください。
 3 ※印の欄は記入しないでください。

担当者

国民健康保険高額療養費支給申請書（福祉医療受給世帯用）

		受給者番号	
国民健康保険証の記号・番号	奈5		
療養を受けた被保険者の氏名・ 生年月日	※レセプト記載のとおり		
傷病名	※レセプト記載のとおり		
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名称	※レセプト記載のとおり	
	所在地	※レセプト記載のとおり	
療養の期間	※レセプト記載のとおり		
療養に対し病院等で支払った額	※レセプト記載のとおり		

国民健康保険高額療養費(福祉医療費分)の支給の申請をします。また、上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領に関する権限を榎原市長に委任します。
なお申請と受領委任にあたり以下のことを確認し同意します。

- この申請書は福祉医療助成対象者に国民健康保険高額療養費が発生したときに、それを福祉医療費（福祉医療受給者でない方を含めて世帯合算のうえ算定を行った場合を含みます。）に充当する場合にのみ使用します。
- 福祉医療費助成金額の確認のため、福祉医療費自己負担額支払明細書の情報を使用することに同意します。

年 月 日

榎原市長 殿

世帯主
住所
氏名