

様式第1号（第2条、第4条及び第7条関係）

- 子ども医療費受給資格登録申請書兼受給資格証交付申請書
- 子ども医療費受給資格登録変更届兼受給資格証変更交付申請書

新富町長 殿

子ども医療費受給資格の登録・変更及び受給資格証の交付・変更交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得・税額等の状況、世帯の構成・異動及び児童手当受給の状況について調査・確認することに同意します。

また、子どもが受けた療養に係る高額療養費の申請・受領に関する全ての権限を新富町長に委任します。

年 月 日申請

申請者(保護者)	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				対象者との続柄	父・母・()	
	個人番号						
	住所						
	電話	()					
配偶者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				対象者との続柄	父・母	
	個人番号						
医療保険	保険種別	1 社会保険事務所 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国保組合 5 新富町国保 6 その他 ()					
	記号・番号						
	保険者名				保険者番号		
	資格取得日	年 月 日					
対象者	フリガナ	性別	生年月日		住所	受給者番号	
	氏名		年 月 日				
		男・女	年 月 日				
		男・女	年 月 日				
		男・女	年 月 日				
		男・女	年 月 日				
		男・女	年 月 日				
変更年月日		年 月 日					
備考							
受付交付年月日							

※ 太枠内を記入してください。