様式第３号（第７条関係）

子ども医療費受給券交付申請書

長浜市長　あて　　年　　月　　日

長浜市子ども医療費助成条例に関する施行規則第７条の規定により、受給券の交付を申請します。手続に当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者の属する世帯の構成及び異動状況について調査確認することを委任し、及び同意します。

なお、受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算含む）のうち、福祉医療受給に係る申請及び受領について委任します。また、被保険者が保険者からの高額療養費等を受け取ったときは、相当額を長浜市が指定する方法で返還することを確約します。

申請者（父、母又は保護者）

住所　　長浜市

氏名

電話　　（　　）

助成対象者	ふりがな			性別	男　・　女
	氏　名			生年月日	年　　月　　日
	個人番号		申請事由	転入（県内・県外）　年　月　日付け	
	住　所	□申請者に同じ			
	ふりがな			性別	男　・　女
	氏　名			生年月日	年　　月　　日
	個人番号		申請事由	転入（県内・県外）　年　月　日付け	
	住　所	□申請者に同じ			
	ふりがな			性別	男　・　女
	氏　名			生年月日	年　　月　　日
	個人番号		申請事由	転入（県内・県外）　年　月　日付け	
	住　所	□申請者に同じ			
保護者	住所・氏名	□申請者に同じ		性別	男　・　女
				助成対象者との続柄	父・母・（　　）
	個人番号				
加入保険	□長浜市国民健康保険　（以下、記入不要）　□その他 →　□写し添付につき、以下記入省略				
	保険者番号		記号		番号
	被保険者氏名		助成対象者との続柄		父・母・（　　）

持ち物：加入の健康保険被保険者証

処理	認定・却下	資格取得　年　月　日	担当	交付　窓口　・　郵送	受給者番号

受付（　　支所　　）

※来庁者が父母又は同世帯の親族でない場合は、保護者宛てに郵送で交付します。

来庁者：住所 氏名　　受給者との続柄	確認（マイナンバーカード　運転免許証 旅券　　）