

子ども医療費受給券交付申請書

長浜市長 あて

書類に記入した日

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（外来年間負担額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を返還する方法で返還することを確約します。

保護者の住所、氏名、連絡先を記入（自署）ください。

助成対象者の氏名等を記入ください。
個人番号（マイナンバー）は記入不要です。

申請者（父、母又は保護者）

住所 長浜市 ○○町○○番地

氏名 福祉 太郎

電話 090（****）****

助成対象者	ふりがな				性別	男・ 女
	氏名	福祉 まる子			生年月日	令和○年 ○月 ○日
	個人番号				申請事由	転入（県内・県外） 年 月 日付け
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
保護者	住所・氏名	■申請者と同じ			性別	男 ・女
	個人番号				助成対象者との続柄	父 ・母・（ ）
加入保険	<input type="checkbox"/> 長浜市国民健康保険（以下、記入不要） <input checked="" type="checkbox"/> その他 → <input checked="" type="checkbox"/> 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		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
----	-------	------	-------

健康保険証の写しを添付すれば
下段保険者番号等の記入は不要です。

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）
--------------	---------	---------------------------