

子ども医療費受給券交付申請書

長浜市長 あて

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。また、子ども医療費受給券の有効期限後、引き続き長浜市福祉医療費助成条例第6条第2項の規定による福祉医療費受給券の交付を受けようとするときは、長浜市の保有する公簿等により、受給申請時及び受給期間中における福祉医療費の助成対象者と同世帯の者及び世帯外の扶養義務者の所得等並びに福祉医療費の助成対象者の属する世帯の構成、異動状況等を調査し、及び確認することについて、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、自己負担部分の返還を申請し、受領について委任します。また、被保険者が保険者から的高額療養費等を受け、自己負担部分の返還を受ける方法で返還することを確約します。

保護者の住所、氏名(自署)、
電話番号を記入ください。

助成対象者(子ども)の氏名等を
記入ください。
※個人番号(マイナンバー)は不
要です。

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	

保護者の氏名等を記入ください。
※個人番号(マイナンバー)は不要です。

保 護 者	住所 ・ 氏名	☐ 申請者に同じ										性別	男 ・ 女	
	個人番号											助成対象者 との続柄	父・母・ ()	
	☐ 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													
加 入 保 険	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・ ()							

処 理	認定・却下	資格取得	年 月 日	押印

助成対象者(子ども)の加入医療保険(記号・
番号等)を記入ください。
※上記がわかる書類等の写しをつける場合
は記入不要です。

※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	確認（マイナンバーカード 運転免許証
氏名	在留カード)
受給者との続柄	