様式第1号

決裁					受付	年　月　日
					伺	年　月　日
					決定	年　月　日
受給資格	要・否（理由）				発行	年　月　日
					加入保険	国保　・　被用者
					附加給付	有　・　無
前年又は前々年の所得額　円					受給者番号	

注　上欄は、記入しないこと

㊑　子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書

年　月　日

小 松 島 市 長 様

申請者
住所　小松島市

個人番号

氏名

（TEL　　）

子ども	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏名		男・女	年　月　日
			個人番号	

加入保険	保険者名	記号番号	附加給付の給付基準

主として生計を維持する保護者（続柄　　）			
ふりがな		生年月日	
氏名		年　月　日	
扶養親族数	人	職業	
勤務先	TEL（　　）　－	年所得	

上記のとおり，子どもはぐくみ医療費受給者の認定を申請いたします。
なお，受給資格の取得，喪失，変更及び更新並びに医療費の助成にあたり，私，私の同一世帯員及び子どもはぐくみ医療費助成の対象となる子どもが加入する健康保険の被保険者の住民基本台帳，住民税の課税状況，健康保険の加入状況及び療養費給付状況について，小松島市が確認することに同意します。
また，小松島市が医療機関等に立替払をした一部負担金において高額療養費及び高額介護合算療養費に該当した場合，その高額療養費等は，小松島市が医療機関等に立替払をした一部負担金の返還金として充当していただきますよう，その受領を委任します。

年　月　日

保護者氏名

注　申請書を提出する場合は、被保険者証又は組合員証を持参すること。