

※ のところに記入してください。

様式 第1号

<h1 style="text-align: center;">申請書 記入例</h1>		月	日
		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

注① □年 ○月 ×日

小松島市長様

申請者住所 小松島市横須町1番1号

個人番号

〇〇市

注②

氏名 小松島 太郎

注③ (Tel. 0885-32-2113)

詳細はホームページの【申請に必要なもの】をご参照ください。  
**必要な方以外は記入不要です。**

詳細はホームページの【申請に必要なもの】をご参照ください。  
**必要な方以外は記入不要です。**

子ども	ふりがな	こまつしま はなこ	性別	生年月日
	氏名	小松島 花子	男・女	令和 元年 5月 1日
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 注④ 父 )				
	ふりがな	注⑤ こまつしま たろう	生年月日	
	氏名	小松島 太郎	昭和 60年 5月 5日	
扶養親族数	人		職業	
勤務先			年所得	
<p>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。</p>				
注⑥ □年 ○月 ×日				
保護者氏名 注⑦ 小松島 太郎				

### 【注意点】

注①⑥ 記入日

注②⑤⑦ 受給者となる方の氏名

(詳細はホームページの【※1 受給者とは】をご参照ください。)

注④ 受給者=対象のお子様の場合は「本人」

注③ 平日の昼間に連絡が付きやすい電話番号

(申請者(=受給者)がお父様の氏名の場合でも、お母様の携帯等の電話番号をご記入いただいてもかまいません。)

斜線部については、記入しないこと。

※お子様の保険証(コピー可)の添付が必ず必要です。