

子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書

小松島市長 様

年 月 日

次のとおり、子どもはぐくみ医療費受給者の認定を申請します。

(1) 子どもはぐくみ医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに医療費の助成にあたり、私及び私の同一世帯員（同じ健康保険に加入する家族を含む。）の住民基本台帳、地方税関係情報（※マイナンバー制度による情報連携を含む。）、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。

（注意）※に同意しない場合は、前文の（※）部分を二重線で消してください。その場合、所得課税証明書の提出が必要となります。同意する場合は申請者氏名は自署でお願いします。

(2) 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。

受給者（申請者）			
フリガナ		生年 月 日	年 月 日
氏名		子どもと の続柄	父・母・その他（ ）
個人番号			
住所			
1月1日の 住所地 (課税市区町村)	今年	<input type="checkbox"/> 小松島市 <input type="checkbox"/> 市外(都・道・府・県 市・区・町・村) <input type="checkbox"/> 海外	
	昨年	<input type="checkbox"/> 小松島市 <input type="checkbox"/> 市外(都・道・府・県 市・区・町・村) <input type="checkbox"/> 海外	
電話番号	※日中に連絡可能な番号を記入		
子ども			
氏名	フリガナ	フリガナ	フリガナ
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
個人番号			
住所(受給者 と異なる場 合のみ)	小松島市	小松島市	小松島市
*受給者番号			
子どもの健康保険			
保険者名		記号番号	
附加給付			
被保険者	<input type="checkbox"/> 受給者が被保険者 <input type="checkbox"/> 受給者以外が被保険者→下記に記入		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		子どもと の続柄	父・母・その他（ ）
住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる⇒		

(受給者以外が来庁の場合に記入)

来 庁 者	氏名	電話 番号	日中連絡 可能な番号	子どもと の続柄
	住所	(受給者の住所と異なる場合のみ記入)		