

福祉医療費受給券 交付・更新 申請書 (子ども医療費用)

保 護 者	フリガナ				
	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年	月	日	
児 童	フリガナ				男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	加 入 医 療 保 険	記号		番号	
		被保険者 氏 名		資 格 取得日	
		保険者 番 号		保険者名	

近江八幡市子ども医療費助成条例施行規則の規定により、受給券を交付・更新をされたく申請します。対象者、配偶者、扶養義務者及び保護者について、近江八幡市における住民基本台帳、国民健康保険被保険者台帳並びに住民税課税台帳の公簿の閲覧及び児童手当受給状況の確認等を近江八幡市長が行うことを承諾します。これらを転入等で近江八幡市で確認できない場合は、必要な各種証明書を提出します。当該助成事業に関わる関係機関に個人情報を提供することを承諾します。また、保険者から附加給付及び高額療養費を受けたときは、近江八幡市に返還することを確約します。

年 月 日

近江八幡市長 様

申請者

住所

氏名

電話

※ 保険証のコピーを添付してください。

※ 近江八幡市以外から児童手当を受給されている場合は以下の証明が必要です。

児 童 手 当 受 給 証 明 書

上記の保護者について、平成30年10月支払いにおいて児童手当を受給していることを証明します。

年 月 日

支払者

印

※ 平成30年10月支払いは平成30年6月～9月支給分です。

※ 児童手当に特例給付は含みません。

市 記 入 欄

備考	児童手当	該当 ・ 非該当	開始日	年 月 日
	福祉医療	有 ・ 無	交付日	年 月 日
	受給券番号	子 併 ( )	有効期限	年 月 日
	受給者番号		担当	