子育て支援医療費助成金受給資格者証交付申請書

年　　月　　日

昭和町長　殿

申請者住所

氏名　　印

次のとおり子育て支援医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。

助成対象者	ふりがな		性別	男 女	乳幼児との続柄	
	氏名					
	住所	昭和町 TEL　　―				
小児	ふりがな		性別	男 女	生年月日	
	氏名				・　・	
	住所	昭和町				
小児	ふりがな		性別	男 女	生年月日	
	氏名				・　・	
	住所	昭和町				
小児	ふりがな		性別	男 女	生年月日	
	氏名				・　・	
	住所	昭和町				
申請事由	１ 出生　３ その他（　　） ２ 転入		事由発生年月日		・　・	

※添付書類：医療保険各法に規定する被保険者証・組合員証その他当該小児の保護者であることを証明する書類

委任状兼同意書

平成２３年４月診療分から、国民健康保険高額療養費の給付が発生した場合は、その受領に関することを、子育て支援医療費助成金の支払者である昭和町長に委任します。

また、子育て支援医療費助成金に係る受給資格及び医療費に関する情報について、国民健康保険と情報を交換することに同意します。

なお、昭和町長が上記により受領した高額療養費については、すでに医療機関等に支払った当該医療に係る医療費に充当してください。

保護者氏名　　印

担当者記入欄

お渡し日	・　・	お渡し方法	１ 郵送（通知先　　） ２ 窓口	担当者印	