

様式第1号(第2条関係)

小児等医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

小児等に係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市町村へ支払います。

申請者氏名 (保護者)				受給者 との続柄		
申請者住所 (保護者)	〒 ー TEL ()					
受給資格者	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日				年齢	歳
申請理由	1出生 2転入 3再発行 4その他()					
他の制度による医療費の支給の有無	有(制度名)・無					
特記事項	再発行の場合の理由()					

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				受給者との続柄	
	保険者番号及び名称	資格取得年月日				
		被保険者証の記号番号				
	附加給付	有(内容:)・無				

市町村処理欄

受付	交付決定	入力	交付	受給資格者番号
	/	/	/	