

様式第1号(第2条関係)

子育て支援医療費受給資格者証交付申請書
(新規・再発行・更新)

年 月 日

新見市長 殿

申請者 (保護者)	住所	□□□□-□□□□
	氏名	電話() - (子どもとの続柄)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて子育て支援医療費受給資格者証の交付(再発行・更新)を申請します。
 なお、高額療養費について新見市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、過払い相当額を新見市へ支払います。
 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を新見市へ支払います。
 また、申請に当たり、公簿により所得を確認されることを承諾します。

申請理由	1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 制度改正 6 その他 ()			
対象子ども	ふりがな氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	保護者との続柄	
加入医療保険	被保険者又は世帯主		子どもとの続柄	
	保険種別	政・船・共・組・国・退	有効期間	年 月 日
	保険者番号及び名称	□□□□□□□□□□	被保険者証の記号番号	
	付加給付	有・無	備考	
児童手当の受給	有・無	標準報酬月額		円
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	再発行の場合理由			