

様式第4号(第8条関係)

森町こども医療費受給者証交付(再交付・変更)申請書

|                                                        |                                                                                                                                     |                                   |       |                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請日                                                    | 年 月 日                                                                                                                               |                                   |       |                                                                                                                                 |
| 申請事由<br>※事由発生日<br>( . . )                              | ( )再交付 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他( )                                      |                                   |       |                                                                                                                                 |
|                                                        | ( )変更 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 町内転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                   |       |                                                                                                                                 |
| こども                                                    | フリガナ                                                                                                                                |                                   | 生年月日  | 年 月 日                                                                                                                           |
|                                                        | 氏 名                                                                                                                                 |                                   | 区 分   | <input type="checkbox"/> 乳幼児<br><input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生( 学年)<br><input type="checkbox"/> 高校生等 |
| 保護者<br>(受給資格者)                                         | 住 所                                                                                                                                 | 〒                                 | 生年月日  | 年 月 日                                                                                                                           |
|                                                        |                                                                                                                                     |                                   | 電話番号  |                                                                                                                                 |
| 氏 名                                                    |                                                                                                                                     |                                   | 続 柄   |                                                                                                                                 |
|                                                        |                                                                                                                                     |                                   |       |                                                                                                                                 |
| 主たる生計<br>維持者                                           | 住 所                                                                                                                                 | 〒<br>(受給資格者と相違する場合は、御記入ください。)     | 生年月日  | 年 月 日                                                                                                                           |
|                                                        | 氏 名                                                                                                                                 |                                   | 続 柄   |                                                                                                                                 |
| 加入医療<br>保険                                             | 保険者名                                                                                                                                |                                   | 保険者番号 |                                                                                                                                 |
|                                                        | 記 号                                                                                                                                 |                                   | 番 号   | 枝番                                                                                                                              |
|                                                        | 被保険者<br>氏名                                                                                                                          |                                   |       |                                                                                                                                 |
| 担当課記入欄                                                 |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 加入医療保険確認 |       |                                                                                                                                 |
| <p>資格確認書又は資格情報のお知らせのコピーを添付<br/>(添付書類が大きい場合は、裏面に添付)</p> |                                                                                                                                     |                                   |       |                                                                                                                                 |

上記のとおり申請します。なお、この助成に関して必要な所得状況等を、森町長が公簿等により確認することに同意します。

また、医療保険各法で定められた高額医療費等に該当するときは、保険者への申請及び受領を森町長に委任します。

(宛先) 森町長 太田 康雄 様

申請者氏名

(注) 1月1日以降に転入された方は、同意書又は前住所地での所得証明が必要となります。