

森町 こども医療費受給者証交付申請書

申請日	年 月 日					
こども	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		区 分	☐ 乳幼児 ☐ 小学生 ☐ 中学生(学年) ☐ 高校生等		
保護者 (受給資格者)	住 所	〒	生年月日	年 月 日		
			電話番号			
	氏 名		続 柄			
主たる生計維持者	住 所	〒 (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			
加入医療保険	保険者名		保険者番号			
	記 号		番 号		枝番	
	被保険者氏名					
担当課記入欄		加入医療保険確認(☐ 保護者 ☐ こども)				
資格確認書又は資格情報のお知らせのコピーを添付 (添付書類が大きい場合は、裏面に添付)						

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。