

様式第4号（第8条関係）

森町子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 *事由発生日 ( . . )	<input type="checkbox"/> 再交付 破損 紛失 その他( )		
	<input type="checkbox"/> 変更 氏名 町内転居 加入保険の変更 その他( )		
子ども	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
保険証コピー添付欄 (保険証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 氏 名 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。