

森町子ども医療費受給者証交付申請書

申請日	年 月 日			
子ども	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		区 分	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生(学年) <input type="checkbox"/> 高校生等
保護者 (受給資格者)	住 所	〒	生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
主たる生計 維持者	住 所	〒 <small>(受給資格者と相違する場合は御記入ください。)</small>	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。