

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 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 町内転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他()			
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	〒	生年月日	年 月 日
	氏名	(受給者と相違する場合は、御記入ください。)	続柄	
加入医療 保険	保険者名			
	記号		番号	
	被保険者 氏名			
担当課記入欄	<input type="checkbox"/> 加入医療保険確認			
保険証、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情報等を、森町長が公募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