

※裏面も記入してください

小児医療費助成事業医療証交付申請書

(宛先) 寒川町長

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

なお、高額療養費等について医療保険者と給付調整をすることに同意します。

① 申 請 者	ふ り が な 氏 名	----- お子様の父又は母		
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	寒川町		
	電 話 番 号		配偶者の有無	有・無
② 受（お 給子 様 者）	ふ り が な 氏 名	-----	続 柄	
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	同居・別居（同居の場合は、住所・電話番号を記入する必要はありません。）		
	電 話 番 号			
③ 加 入 医 療 保 険 の 内 容	ふ り が な 被保険者等の氏名	----- お子様ではありません	申 請 者 との続柄	
	記 号			
	番 号			
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			

医療証の交付決定時及び更新時に町が所得の状況その他助成に関する事項の状況を公簿等により確認すること、および高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します（個人番号を利用した所得照会を含む）。

同意者 (申請者)	氏名	
	受給者（子）との続柄	
	個人番号	
	今年 1 月 1 日の住所地	都・道 府・県市・区 町・村
	昨年 1 月 1 日の住所地	☐ 上に同じ 都・道 府・県市・区 町・村
	一昨年 1 月 1 日の住所地	☐ 上に同じ 都・道 府・県市・区 町・村
同意者 (配偶者)	氏名	
	受給者（子）との続柄	
	個人番号	
	今年 1 月 1 日の住所地	都・道 府・県市・区 町・村
	昨年 1 月 1 日の住所地	☐ 上に同じ 都・道 府・県市・区 町・村
	一昨年 1 月 1 日の住所地	☐ 上に同じ 都・道 府・県市・区 町・村

※必ず同意する者が自ら署名を行ってください。代理人が署名
する場合は委任状を添付してください。

----- 町 審 査 欄 -----

※ 町記入欄	受 給 者 番 号	交 付 年 月 日
		年 月 日
	有 効 期 間	
	年 月 日～ 年 月 日	