

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
個人番号

配偶者氏名
配偶者個人番号
電話番号

※配偶者の住所が別な場合の住所 ()

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

また、当該医療費の助成に必要な範囲（個人番号による情報連携を含む）において、次のことに同意します。

- 浜中町長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者の所得及び住民税の課税状況について調査すること。
- 浜中町長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者が加入している医療保険の資格情報、給付内容等について調査すること。
- 浜中町長が私の医療費助成の資格情報、給付内容等について保険者及び医療機関等に情報提供すること。
- 浜中町子ども医療費助成を受けた場合において、私が加入する医療保険者から私に支払われる高額療養費の受領を浜中町に委任すること。
- 浜中町子ども医療費助成事業の助成を受けた場合において、高額療養費を直接、私が加入する医療保険者から私に支払われた場合には、浜中町医療給付事業の助成額に応じた高額療養費を浜中町に返還すること。

子 ど も	よみかた			
	氏 名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	申請者との続柄	子 ・ その他 ()	子 ・ その他 ()	子 ・ その他 ()
	同居別	同居・別居	同居・別居	同居・別居
受給者番号				
保険種別		別添、健康保険証のとおり。		

- 申請者と被保険者名（国保加入者は世帯主）が異なる場合に記入してください。

高額療養費の請求等に関する委任状	
私は、子ども医療費の助成に当たり高額療養費が生じた場合には、高額療養費の請求及び受領について申請者に委任します。	
浜中町長 様	年 月 日
(被保険者・国保加入者は世帯主) 氏名 _____	

決 定 欄	町 長	副 町 長	課 長	係 長	係	決 定 年月日	年 月 日
	1 上記申請書内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。						
	2 次の理由により上記申請を却下する。						
却下理由							