

子ども医療費受給資格証交付申請書

受給者	ふりがな		居住地（住所）	
	氏 名		五條市	
	個人番号（ ）		生年月日	年 月 日
養育者	氏 名		続柄	住 所 ☐ 受給者と同じ
	個人番号（ ）		日中連絡先 電話番号（ ）	
者	氏 名		続柄	

(交付 異動申 請事由 事由)	1. 出生のため	加入 医療 保険	記号			枝番	
	2. 転入		番号				
	3. 医療保険に新たに加入したため		被保険者氏名			子どもとの続柄	
	4. その他 ()		保険者番号	取 得 年月日	年 月 日	年 月 日	
	資格発生年月日 年 月 日						

登録金融機関	金融機関名	銀行・信用金庫 ・農業協同組合		支店名	本店・支店 出張所・代理店
	口座番号	普通当座		フリガナ	
				口座名義人	

なお、申請に伴い以下のことに同意します。

申請者 住所 五條市

氏名

- ・受給期間中に市長が個人番号を利用し、世帯の所得の状況を調査すること及び高額療養費が生じた場合に当該療養に係る診療報酬明細書等の写しを医療機関等から徴すること。
- ・この助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

(委任状)

私は、 を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

代理人 住所

氏名

台帳	
----	--

受給者番号	
-------	--