

子ども医療費受給資格証等交付・
子ども医療費助成金支給 申請書

受給者	ふりがな				住所	五條市		
	氏名							
	個人番号				生年月日	年	月	日
主たる 養育者	氏名		続柄		住所			
	個人番号				電話番号			
資格証交付 申請事由 (異動事由)		1 出生 2 就学 3 転入 4 医療保険に新たに加したため 5 その他 () 資格発生年月日 年 月 日 (乳幼児・小学生・中学生・高校生)						
加入 医療 保険	被保険者 氏名		続柄		住所			
	保険種別	協会・日雇・組合・船員・共済 国保・(市・退職・組合)			記号			
					番号		枝番	
保険者番号				保険者名				
子どもを主として養育している者の所得状況				別紙のとおり				

上記のとおり子ども医療費受給資格証等の交付及び子ども医療費助成金の支給を申請します。

年 月 日 申請者 住所 _____

氏名 _____

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		
口座番号	普通 当座			フリガナ		
				口座名義人		

(委任状) ※以下は「主たる養育者」以外の口座に振込みを希望される方のみご記入ください。

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。

申請者 氏名 _____ 代理人 住所 _____

氏名 _____

(注意) 裏面も必ずご記入ください。

受給者番号	
-------	--

同意書

五條市長 殿

年 月 日

子ども医療費受給資格の申請及び子ども医療費助成金の支給申請及び本助成金の受給にあたり、以下同事項を確認し、同意します。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

同意事項

1. 本受給資格申請の審査を受けるために必要な、地方税関係、住民票関係情報を受給期間中に取得すること。
2. 福祉医療受給者に係る按分額の把握のため、高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票の情報を使用すること。
3. 高額介護合算療養費等支給申請により、福祉医療受給者に係る医療分について、按分額が生じた場合は、福祉医療助成金が過払いとなるので、次回以降の助成金と調整すること。
4. 療養の給付に係る一部負担金について、高額療養費の支給を受けることができる場合に係る以下の内容。
 - ア) 被保険者証 (①) 及び乳幼児・子ども医療費受給資格証 (②) について、医療機関等が写しを徴すること。
 - イ) 当該療養に係る診療報酬明細書等 (③) について、医療機関等が写しを徴すること。
 - ウ) 上記3点 (①②③) について、医療機関が市長に提出すること。
5. 本助成金の支給を受けるにあたり、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
6. 医療機関等により当市に資格確認の問い合わせを受けた場合、医療機関等が住所・氏名・生年月日の情報を保持している場合に限り提示すること。