様式第１号（第３条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

受付印

御船町長　様

下記のとおり受給者証の交付を申請します。

なお、認定にあたって他制度による医療助成の状況の確認及び課税台帳の閲覧について同意します。

申請日　　年　　月　　日

申請者（保護者）	住　所	電話番号		
	フリガナ		子どもとの続柄	
	氏　名	（※） （※）本人が自署しない場合は、記名押印してください。	生年月日	年　月　日

子ども	氏　名	生年月日	性別	続柄	※受給者番号
		年　月　日	男・女		
		年　月　日	男・女		
		年　月　日	男・女		
		年　月　日	男・女		
		年　月　日	男・女		

子どもの加入している健康保険	保険者名称			
	保険者番号			
	被保険者氏名		子どもとの続柄	
	記号番号	記号	番号	
	資格取得年月日又は認定年月日	年　月　日		
他の医療助成	ひとり親家庭等医療・重度心身障害者医療・その他（　　）			

※子どもの健康保険の資格確認書等のコピーを添付してください。

※以下は記入しないでください。

住民票	健康保険の資格確認書等	他助成（なし・ひ・重・他）	出生・転入・申請
資格取得　　年　　月　　日		証交付　　年　　月　　日	

課長	係長	係員	入力

○子ども医療費受給者証交付申請について○

助成を受ける場合に、受給者証の交付申請を受けるための手続きです。

○記入上の注意

・太線内をご記入ください。

・申請者（保護者）

・・・子どもの父または母。ただし、御船町に住民登録または外国人登録のない保護者は申請者にはなれません。父または母のいずれも子どもと同居していないときは、現に子どもと同居し監督・保護している方（祖父母等）が申請者になります。住所は、住民票または外国人登録の住所を記入してください。

・子ども

・・・新たに申請する方のみ記入してください。

・子どもの加入している健康保険

・・・申請する時点で子どもが加入または加入予定の保険について記入してください。

・他の医療助成

・・・現在受給しているものを○で囲んでください。

○この申請に必要なもの（郵送でも申請できます。）

・健康保険の資格確認書等の写し

※申請には、子どもが加入または加入予定の子どもの健康保険の資格確認書等の写しが必要です。

加入予定の場合には、後日子どもの健康保険の資格確認書等を窓口に持参してください。

問い合わせ　〒861-3296
御船町大字御船９９５－１
御船町こども未来課
電話　０９６-２８２-１３４６