

様式第2号(第3条関係)

子ども医療費助成受給者証交付申請書
兼すくすく育成奨励金交付申請書

年 月 日

勝山市長 様

申請者 住所 〒

(保護者)

氏 名

印

子ども医療費受給者証
すくすく育成奨励金

電話番号

次のとおり

の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな				男・女	年 月 日生	
	氏 名						
	職 業				勤 務 先		
子 を 全 員 記 入 (注1)	氏 名	性 別	生 年 月 日	現住所 (別居の場合のみ記入)		※受給資 年月日	※受給者 番号
	第1子	男・女	年 月 日	同居 別居			
	第2子	男・女	年 月 日	同居 別居			
	第3子	男・女	年 月 日	同居 別居			
	第4子	男・女	年 月 日	同居 別居			
	第5子	男・女	年 月 日	同居 別居			
加 入 保 険 (注2)	名称(発行機関)						
	保 険 者 番 号						
	被 保 険 者 氏 名 もしくは世帯主						
	記 号 番 号	記号	番号				
振込希望金融機関 (申請者と同一名義口座)	銀行名	支店名		口座番号			
					名義(カナ)		

(注1) 子が18歳以上で就労している場合、住所が同一でない場合も含め全員記入してください。

(注2) この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

【子ども医療費助成に係る事務処理における委任欄】

私は上記受給者の子ども医療費助成に係る事務のため、所得状況、国民健康保険加入状況及び他制度による医療費助成状況並びに住民基本台帳に関する資料について、勝山市が確認することに同意します。

また、保険者への高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限については、勝山市に委任します。

年 月 日

(申請者) 住所

氏名

印