様式第1号(第9条関係)

子ども医療費受給資格登録兼受給資格証交付申請書

子ども医療費受給資格登録変更届兼受給資格証変更交付申請書

木城町長 殿

子ども医療費受給資格の登録・変更及び受給資格証の交付・変更交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得・税額等の状況、世帯の構成・異動及び児童手当受給の状況について調査・確認することに同意します。

また、子どもが受けた療養に係る高額療養費の申請・受領に関する全ての権限を木城町長に委任します。

年 月 日申請

申請者 (保護者)	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
				対象者との続柄	父・母・()	
	住所					
電話	()					
医療 保険	保険種別					
	記号・番号					
	保険者名		保険者番号			
	資格取得日	年 月 日				
対象者 (子ども)	ふりがな	生年月日	住所	学校名等		
	氏名	年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
		年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
		年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
		年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
		年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
		年 月 日	木城町大字			
		個人番号				
	変更年月日		年 月 日			
	備考					
	受付交付年月日					

※ 太枠内を記入してください。