

様式第1号(第3条、第5条関係)

子どもの医療費 (受給資格登録
受給資格証交付) 申請書

年 月 日

多久市長 様

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子どもの医療費受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

申請者 住 所 多久市 多久町

(保護者) 氏 名

子ども	ふりがな											性別	生 年 月 日	
	氏 名											男・女	年 月 日	
	個人番号													
保護者	ふりがな											保 護 者 の 電 話		
	氏 名											(携帯) - -		
	個人番号													(自宅) -
加入 医療 保険	記 号 ・ 番 号													
	被 保 険 者 氏 名													
	保 険 者 名													
	保 険 者 番 号													
	子どもの資格取得日							年 月 日	附加給付	有 ・ 無				
	備 考													
同 意 書														
助成額の決定に際して、住民課税台帳の閲覧することに同意します。また、保険者に対し資格情報及び高額療養費等の支給状況を調査することに同意します。														
										氏 名 (被保険者)				
										多久市長 様				

市役所処理欄				
受 給 番 号			個人番号	
資 格 取 得 事 由	出生・転入	資格取得年月日	年 月 日	
交 付 年 月 日	年 月 日			
備 考				