

子ども医療費受給資格登録申請書

助成対象者	フリガナ		性別	男・女	続柄	
	氏名					
	住所					
電話						
子ども	フリガナ		性別	男・女	生年月日	
	氏名					
	住所					
子どもの加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		記号番号			
	保険者番号及び名称					
	所在地				附加給付	有・無

上記のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、私が保護する上記の子どもが 年 月 日～ 年 月末日の期間において、医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関、療養取扱機関等の開設者に対し、大洲市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、県内の保険医療機関等に係る高額療養費等に該当した場合には、大洲市長を代理人と定め、支給申請、請求等必要な一切の手続き及び受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

大洲市長 様

氏名 ㊞

※ 記入しないでください。

受給者番号		取得理由 出生・転入・その他				
受給資格取得年月日						
受給資格証交付年月日						
備考	歯科診療費受給資格登録	決	課長	課長補佐	係長	係
		裁				