

様式第 1 号その 1（第 4 条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書（新規・更新・受給資格認定変更）

年 月 日

みよし市長 様

申請者 住所
氏名
受給（資格）者との続柄
電話

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、みよし市が子ども医療費の受給資格の確認及び子ども医療費の支給のため、必要な公簿（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧を行うこと、保険者に加入状況及び給付内容を照会し情報を取得すること、医療機関に受診内容を照会し情報を取得すること並びに医療費の自己負担金額（みよし市が負担した金額）が高額療養費等及び付加給付等に該当する場合において保険者が支給する当該高額療養費等及び付加給付等の医療費の給付額をみよし市が受領することに同意します。

受給（資格）者	区 分	子 ども		
	受 給 者 番 号			
	個 人 番 号			
	フ リ ガ ナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者に同じ	☐ 申請者に同じ	☐ 申請者に同じ
加入医療保険	被 保 険 者 名			
	※ 記 号 ・ 番 号			
	※ 保 険 者 番 号			
	※ 保 険 者 名 称			
	※ 資 格 取 得 日			
※ 資 格 取 得 日		年 月 日		
※新規認定・受給資格認定変更事由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 生活保護廃止 ☐ 障害者医療費の受給資格から移行 ☐ ひとり親家庭等医療費の受給資格から移行 ☐ その他（ ）		

注 1 ☐欄は、該当するものにレ印を付けてください。

注 2 ※印の欄は記入しないでください。