

決裁	市長	副市長	所長	課長	主幹・補佐	係長	係	受付	平成	年	月	日
								伺	平成	年	月	日
								決定	平成	年	月	日
								登録	平成	年	月	日
受給資格要否								発行	平成	年	月	日
要・否 (理由)								加入保険	国保・社保			
								附加給付	有・無			

発行日	.	.	受領印	
-----	---	---	-----	--

子ども医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

(あて先)

新宮市長

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、受給資格登録及び更新に際して、住民課税台帳の閲覧、世帯状況の調査及び保険者
 に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。

住所 新宮市

申請者 氏名 ①

連絡先 ()

申請理由	1. 出生 2. 転入 3. その他()																			
保護者 (受給者)	ふりがな						男女の別	生年月日												
	氏名						男・女	年 月 日生												
	住所	新宮市					子どもとの関係													
	連絡先	()					個人番号													
子ども	ふりがな						男女の別	生年月日												
	氏名						男・女	平成 年 月 日生												
	住所	新宮市					区分	乳幼児・小学生・中学生												
加入保険	保険の種類	記号	番号	保険者の名称				附加給付												
	国保・社保							有・無												
受給資格証の番号																				

※ 対象子どもの健康保険証の写しを添付して下さい。
 ※ 附加給付が有の場合には、家族療養費附加給付証明書【別紙】を添付して下さい。

国保・社保
