

様式第 1 号(第 3 条関係)

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

内 子 町 長 様

申請者 氏名

次のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

助 成 対 象 者	ふりがな		性 別	男・女	子 ども と の 続 柄	
	氏 名					
	住 所	内子町 番地 電話()				
子 ども	ふりがな		性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
	氏 名					
	住 所					
子 ども の 加 入 保 険	種 別	記号番号	保 険 者		住 所 地	
	①国保 ②被用者 健 保					
	保 険 種 別 が ②の場合	被保険者氏名	勤務事務所名			
		付加給付	有・無	()		

※(1)住所は、番地まで正しく記入してください。

(2)子どもとの続柄は、「実父」「祖母」「養父」「未成年後見人」等具体的に記入してください。

(役 場 記 載 欄)

児童福祉業務
対 応 者 ; _____

児童手当の手続状況

対応日	児 童 手 当 書 類 の 状 況	書 類 不 備 の 内 容	備 考
／	☐ 処理済み（別添のとおり）	☐ 申請書	
	☐ 申請書未提出	☐ 同意書	
	☐ 申請書類不備のため保留中	☐ 保険証	
	☐ 公務員等（制度は、案内済み）	☐ 通帳	
	☐ その他（ ）	☐ その他（ ）	

委 任 状

愛媛県内所在の、医療保険各法（健康保険法、船員保険法、私立学校教職員共済法、国家公務員共済組合法、国民健康保険法、及び地方公務員等共済組合法）による保険医療機関、療養取扱機関等であつて、私の保護する下記子どもが医療を受けたものの開設者に対し、内子町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します。

記

1. 子ども氏名 _____ (受給資格証記号番号：内子町 _____)

2. 受給資格期間 入院 (自) 年 月 日～
(至) 年 3 月 末日

通院 (自) 年 月 日～
(至) 年 3 月 末日

年 月 日

(助成対象者) 住所：内子町

氏名：_____