

子ども医療費受給資格証交付申請書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

次のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。
 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宮崎市長に委任します。

申請者 (保護者)	住 所			
	フリガナ			生年月日
	氏 名			昭和 平成 年 月 日
	日中連絡先 電話番号	- - ()	個人番号	

児童手当の支給を受けている人【父・母・祖父・祖母・他(子どもとの続柄)・受給無し】

対象者 (子ども)	フリガナ 氏 名		生年月日	受給者番号 ※	備考 ※
			平成・令和 年 月 日		
	個人番号				
			平成・令和 年 月 日		
個人番号					
		平成・令和 年 月 日			
個人番号					

子どもの 加入医療保険	種 類	1. 国保 2. 国保組合 3. 共済 4. その他社会保険			
	フリガナ		生年月日	S・H	年 月 日
	被保険者 氏 名		子ども との続柄	父・母 他 ()	
	被保険者 住 所	(対象者(子ども)と住所が異なる場合のみ記入してください。)			

注意事項 ※を付した欄には、記入しないでください。

※ 資格 取得日	令和 年 月 日付	<input type="checkbox"/> 後日郵送(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 児手あり〔端末反映(有・無) 同日申請〕 <input type="checkbox"/> 児手なし〔市外支給 受給無し 公務員〕
※ 事由	出生・転入・保険加入・生保廃止 ひ親喪失・重心喪失・他 ()	<input type="checkbox"/> 裏面同意欄記入(乳幼児のみ) <input type="checkbox"/> 対象児目視確認 <input type="checkbox"/> 保険加入の場合…保険加入日まで受診がないことを確認 <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)の本人確認
※ 交付日	令和 年 月 日	添付書類: <input type="checkbox"/> 子どもの保険証 <input type="checkbox"/> 委任状(代理人のみ)

(別紙様式第1号)

宮崎市長 殿

同意書

市が「宮崎市子ども医療費助成事業における宮崎県子育て支援乳幼児医療費助成事業費補助金交付要綱に基づく補助金申請に係る事務取扱要領」第2条に基づく事務手続を処理するために限って、対象乳幼児の保護者の地方税関係情報について取得すること、本市児童手当情報を確認することについて同意します。

同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ（※違う場合は記入してください）

対象乳幼児の保護者（児童手当受給者）の自署をお願いします。

児童手当を受給されていない場合は、所得が高い保護者の自署をお願いします。