

				受給者番号										
① 対 象 者		フリガナ				住 所								
		氏名												
		生年月日												
② 子どもを主として 養育している者		氏名				住 所 □ 同 上								
		子どもとの続柄												
加入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名					子どもとの続柄			住所					
	③ 保 険 種 別		国保（市町村・退・組） 健（協会・組・日）・船・共			本人 家族		被保険者証 の記号番号						
	保険者番号及び名称													
④ 交 付 申 請 理 由		1 出生したため 3 保険に新たに加入したため												
		2 転入してきたため 4 その他（ ）												
		(認定年月日) 年 月 日												
		※ 審 査												
⑤ 振込指定金融機関														
				種 目		口座番号								
				1 普 通		(フリガナ)								
				2 当 座		名 義								
				3 貯 蓄										
⑥上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付(更新)及び、子ども医療費助成金の支給を申請します。 尚、申請に伴い以下のことに同意します。 ・桜井市が扶養義務者等の所得状況について市民税課税台帳等により確認すること。 ・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証及び医療費受給資格証また、当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し市長に提出すること。 ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。 ・高額介護合算制度に係る福祉医療受給者の支給額把握のため、高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票の情報を使用すること。 ・高額介護合算療養費等支給申請により、福祉医療受給者に係る医療分について、按分額が生じた場合は、福祉医療助成金が過払いとなるので、返還または次回以降の助成金と調整すること。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 (宛先) 桜井市長 電 話 - -														
⑦(委任状) 私は を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した助成金の受領に関すること。 申請者の住所・氏名 _____ 代理人の住所・氏名 _____														

(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は、楷書ではっきり書いてください。