

第1号様式（第3条、第7条関係）

乳幼児
子ども

乳幼児・子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書兼助成金支給申請書

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電話番号

香芝市子ども医療費助成条例施行規則第3条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

乳 幼 児 又 は 子 ど も	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続 柄	
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		個 人 番 号	
主 た る 養 育 者	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	乳 幼 児 又 は 子 ど も と の 続 柄	
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個 人 番 号	
加入医療保険	別紙のとおり			
申請事由	<input type="checkbox"/> 出生したため <input type="checkbox"/> 転入してきたため <input type="checkbox"/> 保険に新たに加入したため <input type="checkbox"/> その他（ (交付（更新）事由発生年月日 年 月 日)			

次の全ての事項に同意します。

- 1 香芝市が本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の関係公簿等を閲覧及び使用することに同意します。
- 2 療養の給付等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に、医療機関等が診療報酬明細書及び本医療費受給資格証等の写しを徴し、市長に提出すること。
- 3 助成金の算定に必要な所得等の情報を閲覧及び使用すること。
- 4 本医療費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。
- 5 その他事務上、市長が必要と認めること。

振込先	金融機関名	銀 行 農 協 信 用 金 庫		本 店 支 店 出 張 所
	預金種別	普通・当座 その他（ ）	口座番号	（8欄）
	フリガナ			
	名 義			

(委任状)

私は、
子ども医療費助成金の受領に関する事を
を代理人と定め、次の権限を委任する。

申請者の住所、氏名（署名又は記名押印）

代理人の住所、氏名（署名又は記名押印）