

(別紙1)

別記第1号様式(第3条第1項・第2項、第5条第2項・第3項関係)

(表面)

課長	課長補佐	係長	主査	担当	決定年月日	文書分類番号	05	05	05	009	文書取扱主任
					R 年 月 日	保存年 限	1・3・5・⑦・10・永				
1 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。											
2 次の理由により下記申請を却下する。											
						有効期限					
						R 年 月 日 ~ R 年 月 日					
						R 年 月 日 ~ R 年 月 日					

子ども医療費受給者証交付（更新）申請書兼受給者資格台帳

令和 年 月 日

滝川市長 様

住 所 滝川市 町 丁目 番 号
番地

子初 子課

保護者 氏 名
対象者との続柄
連絡先 電話 — —

滝川市民福祉条例第3条の2の規定により子ども医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

受給者番号						宛名番号					
対象者	フリガナ					住所 ☐ 保護者と同じ					
	氏 名										
	生 年 月 日	年 月 日		性別	男・女		続柄				
	個 人 番 号										
医療保険	種 別	協・組・共・国・後		記号			番号				
	被 保 険 者 (世 帯 主)							枝番			
	保 険 者 名										
	被 保 険 者 の 先 勤 務					資格取得 年 月 日	年 月 日				
交 付 申 請 事 由		1 出生したため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 ひとり親医療喪失のため 5 重度医療喪失のため 6 その他 () ※ 事由発生年月日 令和 年 月 日									
添 付 書 類						備 考	同日公簿確認済				

(裏面)

誓約書及び同意書

滝川市長 様

1 私の被扶養者である（ ）の滝川市子ども医療費助成事業の対象となる診療、薬剤の支給又は手当を受けたときに、保険者が当該医療に係る家族療養費に相当する金額を保険医療機関等に支払う場合であって、かつ、滝川市が医療保険の自己負担分を当該保険医療機関等に支払う場合に関り、次の事項を誓約（委任）します。

(1) 保険者からの家族療養費付加金及び高額療養費の受領後は、滝川市の指定する方法で返還することを誓約します。

(2) 保険者への家族療養費付加金の請求権を委任します。

2 下記の者は、滝川市長が子ども医療費受給者証の交付に係る医療保険各法による被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明及び負担割合並びに所得制限の判定のため、医療保険の種別・記号・番号、所得等の状況について公簿等により確認（個人番号を利用した被保険者等区分・番号及び地方税関係情報等の取得を含む。）することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

【同意期間】 本同意は、子ども医療費受給資格を有している期間とする。

【誓約・同意年月日】 令和 年 月 日

同意者	フリガナ		対象者との続柄					
	氏 名	⑩	生 年 月 日	年 月 日				
			個 人 番 号					
	住 所		1月1日の住民登録地					
			今年	都道府県		市区町村		
			前年	都道府県		市区町村		
同意者	フリガナ		対象者との続柄					
	氏 名	⑩	生 年 月 日	年 月 日				
			個 人 番 号					
	住 所		☐ 同 上	1月1日の住民登録地				
			今年	都道府県		市区町村		
			前年	都道府県		市区町村		
同意者	フリガナ		対象者との続柄					
	氏 名	⑩	生 年 月 日	年 月 日				
			個 人 番 号					
	住 所		☐ 同 上	1月1日の住民登録地				
			今年	都道府県		市区町村		
			前年	都道府県		市区町村		
同意者	フリガナ		対象者との続柄					
	氏 名	⑩	生 年 月 日	年 月 日				
			個 人 番 号					
	住 所		☐ 同 上	1月1日の住民登録地				
			今年	都道府県		市区町村		
			前年	都道府県		市区町村		

記入要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。