

第2号様式（第5条関係）

受給者番号 (沼津市が記入)	
-------------------	--

こども医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

(宛先) 沼津市長

住所  
申請者 (TEL )  
氏名 ㊟

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

記

受給者 (こども)	氏名	(ふりがな)	生年 月日	平成 年 月 日生	男・女
保護者	住所	〒 (TEL )			
	氏名		こども との続柄		
主たる生計 維持者(注1)	住所	〒 (TEL )			
	氏名		こども との続柄		
加入 医療保険 (注2)	保険の種類	政管・組合・共済・船員・国保			
	保険者名				
	保険者所在地	(TEL )			
	被保険者氏名				
	被保険者証	記号		番号	

(注1) 主たる生計維持者が保護者と相違する場合にご記入ください。

(注2) この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

私は沼津市がこども医療費助成に係る事務のため、私の所得状況、国民年金加入状況、児童手当受給状況及び他制度による医療費助成状況並びに住民基本台帳に関する資料について、沼津市が確認することに同意します。

また、保険者への高額療養費の請求及び受領については、沼津市に委任します。

(主たる生計維持者) 住所  
氏名 ㊟

2枚目は、第3子以降で無料化の対象となるお子様の場合のみご記入ください。

兄弟姉妹	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	学年	同居・別居
		平成 年 月 日					同・別
		平成 年 月 日					同・別
		平成 年 月 日					同・別
		平成 年 月 日					同・別
		平成 年 月 日					同・別
		平成 年 月 日					同・別
	・計（ ）人兄弟姉妹 ・本人は第（ ）子で、生計を一にする兄・姉から数えると第（ ）子						

上記記載内容について事実と相違ないことを認めます。

平成 年 月 日

保護者氏名

住所

印