記入例

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

窓口に提出する日またはポストに入れる日 → 平成29年〇月×日

（宛先）沼津市長

窓口にお越しになる方（この申請書を記入する方）が記入。電話は携帯電話でも可。

申請者　住所　沼津市御幸町16番1号
（TEL　055-934-4827　）
氏名　沼津　太郎　（沼津）

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）ぬまづ　はなこ 沼津　花子	生年月日	平成29年 △月 □日	男・女
資格者（保護者）	住所	〒410-8601 沼津市御幸町16番1号			携帯電話でも可。 055-934-4827）
	氏名	沼津　太郎		続柄	父
主たる生計維持者（注１）	住所	〒　（TEL　）			
	氏名			こどもとの続柄	
加入医保険（注２）	保険者名称				
	保険者所在地				）
	被保険者氏名				
	被保険者証	記号		番号	

こどもと同一世帯でこどもを養育している方を記入。（こども単独世帯の場合はこども本人となります。）

※資格者（上段）と相違する場合のみ記入

こどもを養育する家族のうち、所得が一番高い方（基本的にこどもの保険証の被保険者）をご記入ください。ただし、国民健康保険の場合は世帯主となります。

※保険証を見て沼津市が記入します。

（注１）主たる生計維持者が資格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。

私は上記受給者のこども医療費助成に係る事務のため、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関する一切の権限については、沼津市に委任します。

同一人物

（主たる生計維持者）住所　沼津市御幸町16番1号
氏名　沼津　太郎　（沼津）

省略不可