

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

松前町長 様

申請者 住所 伊予郡松前町大字
氏名
連絡先(電話)



下記のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、私の監護する次の子どもが医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関等の開設者を代理人と定め、松前町子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任します。

また、医療保険各法による高額療養費に該当した場合には、松前町長を代理人と定め、必要な一切の手續及び高額療養費の受領に関する権限を委任します。

助成対象者	ふりがな		性別	男・女	子どもとの続柄	
	氏名					
	住所	伊予郡松前町大字				
子ども(申請対象者)	ふりがな		性別	生年月日		証番号
	氏名					
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
加入医療保険	世帯主氏名 被保険者		助成対象者との続柄		勤務先	
	保険種別	国・協・組・共・ 自・船・国組	記号番号			
	発行機関名 所在地等	松前町・				附加給付

家庭主ひとり親家庭医療該当者
ひとり親資格No.

受給資格発生年月日	年 月 日
受給資格証交付年月日	年 月 日