

# 記入例

※手続きには必ずお子さんの保険証が必要です。

申請者は窓口に来た方です。  
(基本的には父または母)  
※押印は必須です。

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 筒井631番地  
氏名 松前 太郎  
連絡先(電話) 090-0000-0000



※お子さんの保険証の被保険者を記入してください。ただし、単身赴任等で被保険者が松前町に住所を有しない場合は、住所を同じくする親権者が助成対象者になります。

登録を申請します。

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  
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

ます。

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、必要な一切の事務の取扱い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	まさき たろう	性別	男・女	子どもとの続柄	父
	氏名	松前 太郎				
子ども(申請対象者)	住所	伊予郡松前町大字 同上				
	ふりがな	性別	生年月日	証番号		
	まさき はなこ	男・女	H30年 4月 1日			
	松前 花子					
	まさき いちろう	男・女	R4年 4月 1日			
	松前 一郎					
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
加入医療保険	世帯主被保険者氏名	松前 太郎	助成対象者との続柄	本人	勤務先	株式会社〇〇
	保険種別	国・自・組・共・国組	記号番号			
	発行機関名所在地等				附加給付	有無

※お子さんの保険証の被保険者を記入してください。

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