

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

年 月 日

砥部町長 様

届出人(保護者)氏名 _____

電話 (_____) _____

次のとおり、子ども医療費の受給資格の登録を申請します。なお、私の保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に対し、砥部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するとともに、県内の保険医療機関等に係る高額療養費に該当した場合には、砥部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) (保護者)	住所				
	フリガナ		生年月日		
	氏名				
	登録年月日		登録事由	転入・出生・()	
子ども (申請対象者)	受給者番号	フリガナ	生年月日	備考	
	続柄	氏名			
	①			
	②			
	③			
提示書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険各法による被保険者証 ・ 住民票 (町内に住所を有する者は除く。) ・ 他の医療費助成制度の受給資格証 				