第5号様式（第10条関係）

旭市子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

旭 市 長

申請者 (保護者)	住所	〒		
	電話番号	自宅	—	—
		携帯	—	—
	ふりがな			子ども との続柄
	氏名			

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

子 ども	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	受給者番号	
申 請 理 由	1. 県外診療 2. 受給券提示なし 3. 治療用眼鏡等補装具の作成 4. その他()			
子 ども の 加 入 医 療 保 険	名 称			
	保険者番号		認定年月日	年 月 日
	被保険者名			
	記号番号	記号	番号	
振 込 先 口 座	1. 振込先の口座の写しを添付します 2. 登録済み口座と同じ振込先 3. 下記の振込先（1、2を選択の方は記入不要）			
	金 融 機 関 名	銀行・金庫・組合・農協		
	店 名	本店・支店	普通口座	
	口 座 番 号			
	(フリガナ)			
	口 座 名 義 人			
同意書				
私は、子ども医療費の助成額の算定に必要な限りにおいて、医療費の点数、高額療養費及び付加給付金の支給状況等を旭市が保険者及び医療機関に照会することに同意します。				
子どもが加入している 保険の被保険者氏名 氏 名 ㊟				

※注意事項

学校や保育所・幼稚園の管理下において負傷した場合等で、『日本スポーツ振興センター災害共済給付』の対象となる医療費は子ども医療費の対象になりません。