

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	〒289-2504 旭市二の1920	お子様を保険の扶養にとっている方 ※社保…保険証の被保険者 ※国保…父または母のうち生計中心者の氏名を記入、捺印する。			
	電話番号	自宅 0479- 携帯 —				
	ふりがな	あさひ こうすけ			子ども との続柄	父
	氏名	旭 耕輔			Ⓜ	

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	あさひ たくみ		
	氏 名	旭 拓海		
	生年月日	H14年 7月 1日	受給者番号	<small>※中学3年生以下のみ記入</small>
申 請 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 県外診療 <input type="checkbox"/> ② 受給券提示なし <input type="checkbox"/> ③ 治療用眼鏡等補装具の作成 <input type="checkbox"/> ④ 高校生等 <input type="checkbox"/> ⑤ その他()			該当する番号に○をつける。
加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 子どもの保険証の写しを添付します			<input type="checkbox"/> をつける。 子どもの保険証の写しを添付する。
振 込 先 口 座	<input checked="" type="checkbox"/> ① 振込先の口座の写しを添付します <input type="checkbox"/> ② 登録済み口座と同じ振込先 <input type="checkbox"/> ③ 下記の振込先 (1、2を選択の方は記入不要)			
※初めて償還の申請をする方（1または3を選択） → 1に○をつける→ 通帳またはキャッシュカードの写しを添付する。 → 3に○をつける→ 振込先口座情報の記入で通帳又はキャッシュカードの写しの添付は不要。 ※過去に償還払をしたことがある方 振込先に変更がない方 → 2に○をつける→ 通帳又はキャッシュカードの写しの添付不要。 振込先を変更する方 → 1に○をつける→ 通帳またはキャッシュカードの写しを添付する。 → 3に○をつける→ 振込先口座情報の記入で通帳又はキャッシュカードの写しの添付不要。				
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 旭 耕輔 Ⓜ				

※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、『
 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

お子様を保険の扶養にとっている方
 ※社保…保険証の被保険者
 ※国保…父または母のうち生計中心者の氏名を記入、捺印する。