様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 　 | 　 | 　 | 　 | 受付 | 年　　　月　　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 伺 | 年　　　月　　　日 |
| 決定 | 年　　　月　　　日 |
| 受給資格要否 | 発行 | 年　　　月　　　日郵送　・　手交 |
| 要・否(理由) | 加入保険 | 　国保　　　被用者 |
| **本 人 確 認**①個人番号カード　②運転免許証③旅券　④その他（　　　　　　　　） | 附加給付の有無 | 　 |
| 受給者番号 | 　 |
| 注　上欄は、記入しないこと。 |

|  |
| --- |
| **みまっこ医療費受給者証交付申請書**年　　月　　日　　　美馬市長　様みまっこ医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。申請者 住所　美馬市氏名　　　　　　　　　　　　　　　 (電話　　　　　　　　　　　　)　 |
| 申請の事由及び年月日 | □出生　　□転入（　　年　　月　　日）　□その他 |
| 子ども | ふりがな |  | 男女の別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  　　　　　年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | 記　　号　　番　　号 | 保　　険　　者　　名 |
|  |  |
| 被　保　険　者　名　(続柄：　　　　) | 付　加　給　付　の　給　付　基　準 |
| 　 |  |
| 主として生計を維持する保護者(続柄：　　　　) |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  | 連 絡 先 |  |
|  |
| 子と住所を同じくする保護者(続柄：　　　　) |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  | 連 絡 先 |  |

**＊助成対象となる子どもの健康保険証の写しを添付してください。**