

## 子ども医療費受給者証交付申請書（新規・更新）

豊田市長 様

豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者番号	312
-------	-----

申 請 者	住 所	令和 年 月 日
	豊田市	
	氏 名	電話(      ) —
<p>子ども医療費、心身障害者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況の公簿の閲覧に関し、同意します。</p> <p>医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。</p>		
子 ど も	フリガナ	個人コード
	氏 名	生 年 月 日      平成 令和                      年      月      日
加 入 保 険	記号番号	被保険者名
	保険者名	保険者 番号
受給者証保護者欄 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり(保護者		個人コード                      )

資格取得日      年 月 日 <input type="checkbox"/> 出生(001) <input type="checkbox"/> 転入(021) <input type="checkbox"/> 生活保護廃止(031) <input type="checkbox"/> 保険取得(041) <input type="checkbox"/> 施設退所(016)	兄弟保険変更 有 / 無 第1子
---	------------------------

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             受付印           </div>	受付者	確認者
---	-----	-----