様式第１号（その１）（第３条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書 MMMMMMMMMMM

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。

太枠の中のみ記入してください。

個人コード	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	受給者番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

申請者	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 住所 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 氏名　　電話（　　　）　　－ 子ども医療費、心身障がい者医療費、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等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 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。		
子ども	フリガナ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	個人番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	氏名 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	生年月日	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
加入保険	記号・番号 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	被保険者名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	保険者名 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	保険者番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

保護者欄　個人コード　□被保険者と同じ　□右記のとおり（保護者　　　　　　　）

資格取得日　年　月　日	兄姉保険変更		受付印	受付者	入力者	確認者
□出生(001)　□転入(021) □保険取得(041) □施設退所(016) □生活保護廃止(031)	有／無 第１子	□番号・本人確認 □申請者確認 □被保険者名記載 □保護者個人CD				

MMMMMMMMMMMMMMMMMM