

第2号様式(第3条関係)

<p>子ども医療費受給者証交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>日進市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話 () _____</p> <p>次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p>高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集、利用及び提供(※)に同意します。</p> <p>また、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、日進市が受給権を取得することに同意します。</p>				
子ども	個人番号			
	住所			
	フリガナ	生年月日		
	氏名		年 月 日	
受給資格者	住所			
	フリガナ			
	氏名	子どもとの続柄		
加入医療保険	保険証番号		付加給付	有・無
	保険者名			
	所在地(保険者番号)			
備考				

※ 当該個人情報が、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成 25 年法律第 27 号)第 9 条第 2 項及び日進市行政手続における個人番号の利用に関する条例(平成 27 年日進市条例第 20 号)第 4 条第 1 項の規定に基づき利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。