

様式第1号（第2条の2関係）

子ども医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

岡山市長 様

申請者 (保護者等)	住所	〒 _____ 電話 (_____) _____
	氏名	(子どもとの続柄 _____)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、子ども医療費受給資格証の交付申請をします。
 なお、受給に当たり公簿により私及び世帯員の所得を確認されることに同意します。
 また、高額療養費について岡山市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を岡山市へ支払います。
 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を岡山市へ支払います。

受給資格者	年齢区分	申請理由 ※1	フリガナ 氏名	生年月日
	A 乳幼児			年 月 日
	B 小学生			
	C 中学生・高校生等※2			
A 乳幼児			年 月 日	
B 小学生				
C 中学生・高校生等※2				
A 乳幼児			年 月 日	
B 小学生				
C 中学生・高校生等※2				
申請理由	①：新規（出生含む） ②：転入・入国 ③：再交付 ④：生活保護廃止 ⑤：他制度※3の資格を取得 ⑥：他制度※3の資格を喪失 ⑦：その他			

- ※1 下欄の申請理由に相応する記号を記入してください。
- ※2 高校生等とは、在学の有無にかかわらず、15歳に達した日以後の最初の3月31日の翌日から18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。
- ※3 他制度とは、心身障害者医療費助成制度又はひとり親家庭等医療費助成制度をいいます。

市記入欄	来庁者 確認書類	申請者・申請者以外 (_____)
	(代理権)	免許証・保険証・その他 (_____) 委任状・資格証・その他 (_____)