

ひとり親家庭医療 ・ 重度心身障害者医療 ・ 子ども医療 申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに高額療養費・高額介護合算療養費の申請に当たり、住民基本台帳、世帯員等の個人住民税の課税状況及び健康保険の加入状況について、松山市及び保険者の担当職員が確認することに同意いたします。

愛媛県内所在の保険医療機関等に対し、松山市ひとり親家庭医療費、重度心身障害者医療費、子ども医療費の助成に関する条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任します。

また、上記の委任により松山市が医療機関等に立替払をした一部負担金において高額療養費及び高額介護合算療養費に該当した場合、その高額療養費は、松山市が医療機関等に立替払をした一部負担金の返還金として充当していただきますよう、その受領を委任します。

申請者

※「受給資格者」しか申請できません。

(住所)

(氏名)

印 (電話) 自宅・携帯 勤務先

(来庁者氏名) 記入不要

(申請者との続柄) 記入不要

Table with 4 columns: Application type (ひとり親家庭医療/子ども医療), Status (取得/喪失/変更), Date (事由発生年月日), and Reason (事由). Includes checkboxes and input fields.

Main application form table with columns for Recipient (受給者), Family Guardian (家庭主保護者), Health Insurance (健康保険), and Attachments (添付書類). Includes sub-headers for 'Before Change' and 'After Change'.

Table for document handling: 証交付 (手渡し・郵送) / 証回収, and ひとり親子ども未 (ひ・重・子・未).

Table for processing: 照合 (Check), 入力 (Input), 受付 (Acceptance), 受付場所 (Acceptance Location).

※記入・押印

※以下は記入不要