様式第2号（第2条関係）

（表）

|  |
| --- |
| 長洲町子ども医療費受給者証公費負担者番号受給者番号子ども　氏名　　　　　　　　　　性別　　　　　　　　住所　　　　　　　生年月日　受給者　氏名　　　　　　　加入保険　記号　　　　　番号　　　　　　　　　　　保険者名称　　　　　　　　有効期間　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日交付日　　　　　年　　月　　日　　長洲町長　㊞ |

（裏）

|  |
| --- |
| 注　　意　　事　　項1　この証は、子ども医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。2　保険医療機関等で受診する際は、この証と保険証を必ず同時に医療機関に提示してください。3　加入している医療保険や転出などにより、この証に記載されている事項や届出事項に変更があったときは、必ず役場に届け出ください。4　助成金の申請は、診療の翌月から起算して1年以内にしてください。5　この証を破ったり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 |