様式第1号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費受給資格認定申請書 | ※受給者番号 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者 | フリガナ氏名 | 　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　月　日　 | 続柄 | 　 |
|  |
| 住所 | 　 | 電話 | 　 |
| 職業 | 　 | 勤務先 | 　 |
| 子ども | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 住所 | 年　月　日　転入 |
| ※加入医療保険 | 被保険者の氏名 | 　 | 子どもとの続柄 | 　 | 付加給付等の有無 | 有・無 |
| 記号番号 | 　 | 保険種別 | 国保・退職・協会・健組・船員・国組・私学共・国公共・地公共・共済組合 |
| 発行機関名 | 　 | 所在地 | 　 |
| 受給口座助成金 | 金融機関名 | 銀行　　　　　金庫　　　　店農協　　　　　 | 預金の種別 | 普通 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　上記のとおり子ども医療費受給資格の認定を申請します。子ども医療費受給資格の決定のために必要があるときは、所得状況等について確認を行うことを承諾します。　　令和　　年　　　月　　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　(保護者)　　　　　　　　　　　 　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　鯖江市長　　　　殿 |
| 　1　※印の欄は、記入しないでください。　2　文字は、かい書ではっきり書いてください。　3　申請書には、次の書類が必要ですからよく確かめてください。 | 有効期間 | 　　・　・　　～　　・　・ |
| 交付日 | 　　・　・　　　　　交・郵 |
| 認定　・　却下 |

　　(1)　子どもが加入している国民健康保険または社会保険の健康保険証

　　(2)　保護者名義の預金通帳

　　(3)　その他市長が必要と認めた書類