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