

保護者の
マイナンバー

様式第1号

子ども医療費受給資格認定申請書

個人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	※受給者番号	記入不要			
保護者	フリガナ氏名	サバエ タロウ 鯖江 太郎	生年月日	平成〇年△月□日	続柄	父	
	住所	鯖江市〇〇町△丁目□-□		電話	090-XXXX-XXXX		
	職業	会社員	勤務先	(株)〇〇〇〇〇			
子ども	フリガナ氏名	サバエ ハナコ 鯖江 花子	生年月日	令和〇年△月□日			
	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	記入不要 (※ 対象児童の健康保険証のコピーを添付してください。)					・船員・ 地公共・
	発機関名		所在地				
助成金	受給口座	銀行	預金の種別	普通			
	金融機関名	福井 金庫〇〇支店 農協	口座番号	◎	◎	◎	◎
<p>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。</p> <p>令和 5年 4月 〇〇日</p> <p>申請者 住所 鯖江市〇〇町△丁目□-□ (保護者) 氏名 鯖江 太郎</p> <p>鯖江市長 殿</p>							

お子さんの健康保険証の被保険者の氏名で記入ください。

分かればご記入ください。

お子さんの健康保険証の被保険者名義の口座をご記入ください。(※通帳のコピーを添付してください。)

保護者と住所が異なる場合、ご記入ください。

転入による新規申請の場合、転入日をご記入ください。

- ※印の欄は、記入しないでください。
- 文字は、かい書ではっきり書いてください。
- 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。

- 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
- 保護者名義の預金通帳
- その他市長が必要と認めた書類

有効期間 ~
交付日	記入不要
認定印	