

記入例

様式第1号(第2条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

敦賀市長 あて

申請者 住所 敦賀市中央町2丁目1番1号
(保護者) 氏名 敦賀太郎 印
(TEL 0770-22-8125)

子どもの医療費の助成を受けるため、その資格の認定について、関係書類を添え申請します。

子ども	フリガナ	ツルガ イチロウ					令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生			
	氏名	敦賀 一郎					男・女	続柄	子	
保護者	フリガナ	ツルガ タロウ					生年月日			
	氏名	敦賀 太郎					昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日生		
加入	保険の種類	1国保 2退職 3国保組合 4協会けんぽ 5組合 6共済 7船員 8日雇								
	保険者の名称	敦賀市 / 〇〇健康保険組合 など								
医療	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	
	保険記号	井敦 / 123 など				番号	012345			
保険	被保険者氏名	敦賀 太郎					附加給付	1 有 2 無		
	被保険者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ								
口座	金融機関名	〇〇〇〇〇〇	銀行 信金 農協	〇〇〇〇	支店 出張所	科目	1 普通 2 当座			
	口座番号	0123456			フリガナ	ツルガ タロウ				
					口座名義人	敦賀 太郎				

提示書類

- 1 社会保険法による被保険者証又は組合員証
- 2 保護者の指定(希望)する金融機関の通帳

受給資格	要・否	受給資格年月日	令和 年 月 日から
住所要件	令和 年 月 日出生・転入 から居住 確認済		
受給資格番号		区分	県単 市単
受給者証交付年月日	令和 年 月 日交付	入力	確認

申請に当たり、私の住民基本台帳等、申請内容の確認に必要な公簿を照会されることについて、同意します。

保護者氏名 敦賀太郎 印