

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
(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					続柄			
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

- 社会保険法による被保険者証又は組合員証
- 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