

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

年 月 日

敦賀市長 あて

住所  
申請者  
(保護者) 氏名  
(TEL — — )

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							年 月 日生
	氏名							続柄
	住所							
保 護 者	フリガナ							生 年 月 日
	氏名							年 月 日生
加 入 医 療 保 険	保険の種類	1国保 2国保組合 3協会けんぽ 4組合 5共済 6船員 7日雇						
	保険者の名称							
	保険者番号							
	保険記号						番号	
	被保険者氏名						附加給付	1 有 2 無
	被保険者住所							
口 座	金融機関名	銀行 信金 農協			支店 出張所	科目	1普通 2当座	
	口座番号				フリガナ			
					口座名義人			

提示書類

- 1 医療保険の資格情報を確認することができるもの
- 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	年 月 日から					
住所要件	年 月 日から居住 確認済							
受給資格番号							区分	
受給者証交付年月日	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 \_\_\_\_\_