様式第1号(第2条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療受給資格認定申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受付印  年　　　月　　　日  　　あわら市長　様  申請者　氏名  　次のとおり、子ども医療受給資格の認定を受けたいので申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 子ども | ふりがな | |  | | | 個人番号 | | | | | |  |
| 氏名 | |  | | | 性別 |  | | | 生年月日 | |  |
| 保護者 | ふりがな | |  | | | 子どもとの続柄 | | | | | | 個人番号 |
| 氏名 | |  | | |  | | | | | |  |
| 生年月日 | |  | | | 性別 |  | | | 電話番号 | |  |
| 住所 | |  | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 記号番号 | |  | | | | | 保険者コード | | | |  |
| 被保険者、世帯主又は組合員の氏名 | | |  | | | | 保険者の名称 | | | |  |
| 上記健康保険に特別な附加給付がある場合は、その内容を記入してください。  (高額療養費を除く。) | | | | | | | | | | | |
| 支払希望  金融機関 | | 銀行・信金・農協 | | | 支店・支所 | | | | 口座番号 | | 当・普 | |
| 口座名義人 | |  | |

　1　申請の際、持参するもの

　　・子どもが加入している被保険者証又は組合員証

　　・振込先金融機関に係る預金通帳

　2　注意事項

　　・上記事項は、すべて(※印のある欄を除く。)記入してください。

　　・裏面の「兄弟姉妹等の状況」も記入してください。

　　・次の欄には、何も記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費助成決定調書 | | | |
| 受給者証番号 |  | 決定年月日 |  |
| 交付台帳記載 | 支給月 | 交付年月日 |  |
| 備考 |  | | |

(裏)

医療費助成対象児の兄弟姉妹等の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 現住所 |
| 父 |  | 年　月　日 |  |  |
| 母 |  | 年　月　日 |  |  |
| 第1子 |  | 年　月　日 |  |  |
| 第2子 |  | 年　月　日 |  |  |
| 第3子 |  | 年　月　日 |  |  |
| 第4子 |  | 年　月　日 |  |  |
| 第5子 |  | 年　月　日 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　※　子ども医療費助成対象者とならない子(中学校を卒業した子をいい、就労している場合を含む。)についても記入してください。また、住所が同一でない場合も記入してください。