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。