

様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費受給資格認定（更新）申請書 | | | | | | | | | | |
| 助成対象者 | ふりがな |  | | | （個人番号） | | 男・女 | （生年月日）  　年　月　日 | | （事業区分）  乳幼・学・18  （高校名　　　　） |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 | ①申請者に同じ  ②申請者と別　→　　松浦市　　　　町　　　　免　　　　番地 | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | （個人番号） | | 男・女 | （生年月日）  　年　月　日 | | （事業区分）  乳幼・学・18  （高校名　　　　） |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 | ①申請者に同じ  ②申請者と別　→　　松浦市　　　　町　　　　免　　　　番地 | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | （個人番号） | | 男・女 | （生年月日）  　年　月　日 | | （事業区分）  乳幼・学・18  （高校名　　　　） |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 | ①申請者に同じ  ②申請者と別　→　　松浦市　　　　町　　　　免　　　　番地 | | | | | | | | |
| 医療保険 | 被保険者  氏名 | |  | | | 助成対象者との続柄 | | | 父　・　母　・その他（　　） | |
| 保険種別 | | 国保・社保（協会けんぽ）・健保組合・共済組合・その他（　　　　） | | | | | | | |
| 保険者名 | |  | | | | | | | |
| 被保険者証  の記号・番号 | | 記　　号 |  | | 番　　号 | | |  | |
| 振込先  金融機関 | 金融機関名 | | 銀行・農協・信用金庫 | | | 口座名義人  ＊申請者  （保護者）  本人名義　 に限りま  す。 | | | ふ　り　が　な | |
| 支 店 名 | | 支店・出張所 | | |  | |
| 口座種別 | | 普通　・当座　・他（　　　） | | |  | |
| 口座番号 | |  | | |
| 子ども医療費受給資格認定を申請します。併せて、この制度の資格認定及び更新時の審査・認  定、医療費助成申請に対する審査・支給額決定に当たり、世帯の所得状況等を公簿又は個人番号  により確認することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　 月　 　　日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請者  （保護者） | ふりがな |  | | | | | | | | | | 男・女 | | | | 氏　　名 | ㊞ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | 住　　所 | 松浦市　　　　町　　　　免　　　　番地 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | 助成対象者との続柄 | 父 ・ 母 ・ その他（　 　　　） | | | | | | | | | | | | |   松浦市長　　様 | | | | | | | | | | |

備考　１　助成対象者、申請者（保護者）の欄

ア　氏名に必ず「ふりがな」をつけてください。

イ　男・女の性別は、該当文字を○で囲んでください。

２　添付書類　必ず被保険者証を添えてください。

３　申請者の記入を自署で行う場合、押印を省略することができます。