

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。