様式第1号(第3条関係)

（表面）

子どもの医療費受給資格認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 令和　　　　　年　　月　　日提出 |

永平寺町長　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 申請者(受給者) | 住所 | 永平寺町 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話 |  |

　永平寺町子どもの医療費受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | 　 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | 　 |
| 受給者との続柄 | 　 |
| 生年月日 | 　　年　月　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入保険 | 種類 | 1　国保　　2　退職　　3　国組　　4　協会　　5　日雇6　組合　　7　船員　　8　共済 |
| 記号番号 | 　 |
| 保険者名称 | 　 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金農協・労金 | 口座番号 | 普通当座 |
| 店名 | 本店 支店  | 名　　義 |  |

注意　太枠の中のみ御記入ください。

提示書類

　1　社会保険法による被保険者証又は組合員証

　2　保護者の指定する金融機関の通帳

　〈役場記入欄〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日 | 備考 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 |

(裏面)

医療費助成対象者の兄弟姉妹等の構成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 現住所 |
| 父 | 　 | 　 | 　 |
| 母 | 　 | 　 | 　 |
| 第1子 | 　 | 　 | 　 |
| 第2子 | 　 | 　 | 　 |
| 第3子 | 　 | 　 | 　 |
| 第4子 | 　 | 　 | 　 |
| 第5子 | 　 | 　 | 　 |
| 第6子 | 　 | 　 | 　 |
| 第7子 | 　 | 　 | 　 |

(注)　第1子又は第2子が、18歳以上で就労している場合又は住居が同一でない場合も記載してください。