

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

南越前町長様

申請者 住所 南越前町 第 号 番地
 氏名
 電話番号

次のとおり子ども医療費受給資格の認定について申請いたします。
 なお、医療費受給資格の認定を受けるに当たり必要な事項の調査について同意します。

保護者 (申請者)	氏名				年 月 日生		
	個人番号(※)						
子ども	氏名			年 月 日生	続柄		
	住所	□保護者に同じ					
	個人番号(※)						
振込口座		□指定口座(別添のとおり) □公金受取口座					
加入医療保険		□別添のとおり □その他()					

(注) 1 ※個人番号の提供を行わない場合は記入しないでください。
 2 下記の認定欄は記入しないでください。

添付書類

- 指定口座がわかるもの
- 加入医療保険がわかるもの(資格確認書等)
- その他()

認定欄

医療費助成の適否	適 ・ 否			交付事由	出生・転入・()
受給者番号				認定年月日	年 月 日
入力		確認		証交付日	窓口・郵送・(. .)