

子ども医療費受給資格認定申請書

天草市長 中村五木 様

年 月 日

申請者 住所 天草市
氏名

印

（自署の場合、押印は不要です。）

下記のとおり天草市子ども医療費受給資格の認定を申請します。
なお、決定にあたり私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

※受給者証番号

保 護 者	保護者の氏名		続柄	住 所				
	(ふりがな)			天草市 町 番 号				
	個人番号			番地				
	※保護者コード			☎ -				
子 ど も	氏 名		性別	生 年 月 日		※子どもコード		
	(ふりがな)			年 月 日				
加 入 保 険	被保険者氏名		続柄	記 号		番 号		
	個人番号							
	保険者の名称		※保険者コード	※種類	※ 追加給付		有・無	
					※内 容	制限区分		
		率						
		金 額						
口 座 振 替 先	金 融 機 関 名	銀行 支店		口座番号				
		(農協) (支所)		口座名義人				
※コード								

課 長	係 長	係

上記の申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。

資格認定日	資格喪失日	交付年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日

処理欄		
-----	--	--

(注) ※印のところは記入しないで下さい。

子ども医療費受給資格認定申請書

天草市長 中村五木 様

平成 29 年 4 月 1 日

記入例

住所 天草市 東浜町8番1号

申請者 氏名 天草 太郎

印

(自署の場合、押印は不要です。)

下記のとおり天草市子ども医療費受給資格の認定を申請します。
なお、決定にあたり私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

子どもの面倒をみている方の氏名		※受給者証番号		市で記入します	
保護者	保護者の氏名 (ふりがな) あまくさ たろう 天草 太郎	続柄 父	住所 天草市 東浜 町 8 番 1 号 番地 090-1234-5678 ☎ -		
	個人番号 123456789012				
	※保護者コード 市で記入します				
子ども	氏名 (ふりがな) あまくさ はなこ 天草 花子	性別 女	生 年 月 日 平成 29 年 3 月 31 日	※子どもコード 市で記入	
	被保険者証に記載されている氏名 (国保の方は)	被保険者氏名 あまくさ たろう 天草 太郎	続柄 父	記 号 123	番 号 4567890
加入保険	保険者の名称 全国健康保険協会 ○○支部	※保険者コード	※種類	※附加給付 計算区分	有・無
	市で記入します				
口座振替先	金融機関名 天草 (農協)	銀行 天草	支店 (支所)	保護者名義の口座 1234567	
	※コード 市で記入します			口座名義人 あまくさ たろう 天草 太郎	

市で記入します			課 長	係 長	係
上記の申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。					
資格認定日	資格喪失日	交付年月日			
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日			
			処理欄		

※お子様の保険証、保護者の口座の通帳のコピーが必要です。

(注) ※印のところは記入しないで下さい。