様式第1号(第2条関係)

**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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | 氏名 | 　 | 年　　月　　日生 |
| 勤務先 | 電話　　　　　　　　　　 |
| 子ども | 氏名 | 　 | 年　　月　　日生 | 続柄 | 　 |

　加入医療保険

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記　号 | 　 | 被保険者氏名 | 　 |
| 番　号 | 　 | 保険者番号 | 　 |
| 保険者の名称 |  | 付加給付 | 有・無 |

　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　支店　農協　　　　　　　　　　　　出張所　 |
| 口座番号及び名義人 | 普通 ・ 当座 | ふりがな |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　(注)1　被保険者証及び通帳を必ず添えてください。

　　　2　※印は記入しないでください。

　※認定欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療費助成の適否 | 適・否 | 受給資格年月日 | 年　　月　　日 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 保護者コード | 　 | 入力 | 　 |