

子ども医療費受給資格認定申請書

荒尾市長 様

下記のとおり、荒尾市子ども医療費受給資格の認定を申請します。
 なお、資格認定及び助成決定に係る所得、市町村民税等の状況を税務課において確認されることについて同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

連絡先

1 対象子ども名

氏名	生年月日	個人コード
	年 月 日生	0
	年 月 日生	0
	年 月 日生	0
	年 月 日生	0

2 健康保険

名称	健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会	保険整理番号
被保険者氏名		
記号—番号		

3 助成額の振込先

金融機関名	銀行 信用金庫	金融機関コード
支店名	支店	支店コード
口座番号 (フリガナ)		
口座名義人		

確認

※ 保護者本人の自署の場合は、押印を省略することもできます。