

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止における来庁者削減のため、子ども医療費助成の申請につきまして、郵送での受付を開始します。下記記入例をご覧ください。対象のお子様の健康保険証の写し、通帳の1枚めくったページの写しを同封し、ご提出ください。

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	←記入日
申請者	住所
	氏名 (印)
	連絡先

↑記入された方の住所・氏名・連絡先(携帯番号)

1 対象子ども名

氏 名	生 年 月 日	個 人 コ ー ド
	年 月 日生	
	年 月 日生	
	年 月 日生	
	年 月 日生	

↑申請されたいお子様の氏名・生年月日を記入。個人コードは書かないでください。

2 健康保険

名 称	健康保険 健康保険組合 共済組合	健康保険 整理番号
被保険者氏名		
記号—番号	—	

↑保険証を確認して、保険名称・被保険者氏名・記号—番号を記入(分からない場合は空欄で構いません。保険証の写しを提出してください。)。整理番号は書かないでください。

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	普通	
(フリガナ)		
口座名義人		

確認

↑通帳を確認して、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人を記入。(分からない場合は空欄で構いません。通帳1枚目をめくった支店や口座番号が確認できるページの写しを提出してください。)。整理番号は書かないでください。

なお、子ども医療費の資格者証の発行は、来庁でのお手続きの場合には即時発行ですが、郵送受付の場合は一週間ほどお時間を頂いています。病院にすぐにかかりたいなど、早めに必要な場合は事前にご相談ください。