

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

七尾市長 宛

子ども医療費受給資格の認定を受けたいので、下記のとおり必要書類を添えて申請します。

なお、七尾市が石川県乳幼児医療費助成事業補助金を申請するために必要な範囲で、世帯の税情報その他必要な事項について調査することに同意します。

保護者	申請者	氏名		個人番号																
		住所	(電話番号)																	
	配偶者	氏名		個人番号																
		住所	□申請者と同じ																	

対象者 (子ども)	1	ふりがな 氏名		生年月日																
		住所	□申請者と同じ																	
	2	ふりがな 氏名		生年月日																
		住所	□申請者と同じ																	
	3	ふりがな 氏名		生年月日																
		住所	□申請者と同じ																	
	4	ふりがな 氏名		生年月日																
		住所	□申請者と同じ																	
申請事由	出生・転入・その他 ()			事由発生日																
加入保険	被保険者				子どもとの 続柄															
	保険者番号																			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			支店名	本店 支店 支所														
	預金種別	普通 ・ 当座			口座番号															
	フリガナ 口座名義人																			