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

　越前市長　　殿

　次のとおり子ども医療費受給資格の認定について申請します。

　なお、子ども医療費の助成金の支給決定のため、私の世帯の税務情報その他助成金の支給に関し必要な情報を市長が各関係機関に調査し、照会することに同意します。ま**た、市が高額療養費等の全部又は一部を負担した場合は、市が代わって関係機関に高額療養費等を請求し、受領することを委任します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | 氏名 | 印  （自署の場合、押印を省略できます） | 年　 　月 　日生 | |
| 住所 |  | | |
| 電話 |  | | |
| 子ども | ふりがな  氏名 |  | 年　 　月 　日生 | |
| 住所  (別居の場合のみ記入) |  | 男・女 | **□** 第１子  **□** 第２子  **□** 第３子以上 |

**※　子ども（助成対象者）が、すでに結婚している場合は、保護者欄には子ども本人の氏名等を記入して下さい。**

加入医療保険

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 | | 番号 | 被保険者氏名 |  |
| 保険者番号 |  | | 保険者の名称 |  |

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□ 兄弟・姉妹(名前　　　　　　　　　)　と同じ振込先を希望** | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | | | | | |  | 本店  支店 |
| 口座番号及び口座名義人 |  |  | |  | |  |  |  | |  | 名義（カタカナ） | |
|  | |  |  |  | |  | |  |  |

**※　父若しくは母名義（子どもがすでに結婚している場合は子ども本人の名義）の通帳又はキャッシュカードの写しを添付して下さい。ただし、兄弟・姉妹と同じ振込先の場合は添付不要です。**

**※　高校生以上の子ども本人の名義の口座にする場合は、次の同意欄に保護者氏名の自署又は記名押印をお願いします。**

私は、子ども医療費の助成金が上記の子どもの口座に振り込まれることに同意します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※認定欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受給資格年月日 | 年　　月　　日 |